



Idaho Independent Assessment Services Program  
8850 W. Emerald st. -Suite 164 | Boise, ID 83704 | 208.258.7980 | FAX: 208.258.7985 |  
correo electrónico: libertyias@libertyhealth.com

### Elección Del Desarrollante Del Plan

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Yo elijo al siguiente Desarrollante del Plan Y Agencia como mi Desarrollante del Plan/Agente de Apoyo/Agencia para el año entrante.

Nombre del Desarrollante del Plan/Agente de Apoyo (Requerido): \_\_\_\_\_

Agencia de Coordinación de Servicio **(Requerido para el DD Waiver- Planes Tradicionales y Estatales. No es requerido para el DD Waiver — Autodirigido)**: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Desarrollante del Plan/Agente de Apoyo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la Agencia de Coordinación de Servicio: \_\_\_\_\_

El número de teléfono del Desarrollante del Plan/Agente de Apoyo es: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Liberty Healthcare Corporation para **(MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)**:

OBTENER DE Y/O

COMPARTIR

FIJAR CITA CON Y/O

RESPONDER A LA EVALUACIÓN

Mi información confidencial con/de la Agencia de Coordinación de Servicio nombrada arriba o con el/la Desarrollante del Plan/Agente de Apoyo No-Pagado:

La siguiente información será transmitida **(MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)**:

Resultados de Evaluación Independiente  Resultados de la Evaluación Funcional

Plan de tratamiento  Documentación Medica  Documentación Psiquiátrica y Psicológica

Otro (Por Favor Especifique) \_\_\_\_\_

Esta autorización vencerá en 365 días de haber sido firmada si es que otra fecha no fue dada por escrito.

Entiendo que, a petición mía, una copia de la forma de autorización firmada y completa me será dada. Entiendo y certifico que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Oficial de Privacidad de HIPPA en Liberty a la dirección de arriba. La revocación solo será efectiva desde la fecha en la que es recibida y no se podrá aplicar de manera retroactiva. La información que se comparta de acuerdo con esta autorización podrá ser sujeta a re-compartirse y Liberty no asume ninguna responsabilidad por el uso o mal uso de mi información de salud usada y/o compartida por otros bajo esta autorización.

Participante / Tutor Legal (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Co-Tutor Legal (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

***Esta forma debe regresarse a Liberty Healthcare***