



Idaho Independent Assessment Services Program

8850 W. Emerald St. – Suite 164 | Boise, ID 83704 | 208.258.7980 | FAX: 208.258.7985 | correo electrónico: idahoias@libertyhealth.com

Liberty Healthcare Corporation de Idaho está contratada con el departamento de Salud y Bienestar de Idaho para realizar evaluaciones independientes y determinar elegibilidad para servicios de discapacidad de desarrollo. Para poder expedir este proceso, por favor provea autorización a Liberty Healthcare Corporation de **obtener, usar, y compartir** cualquier información requerida para determinar su elegibilidad para los servicios de discapacidad de desarrollo. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte nuestra oficina cuya información se encuentra en la parte superior de esta página.

Autorización para Usar y Compartir Información de Salud (debe ser llenada por el Participante o el padre de familia/tutor legal)

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE		
NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE: _____		Nacido/da el: _____
Dirección Postal: _____	Ciudad/Estado _____	Código Postal _____
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Completar si la autorización que se otorga es hecha por alguien más aparte del Participante de arriba. Por favor provea documentación de su autoridad legal)		
NOMBRE DEL SOLICITANTE (en caso que sea distinto del Participante): _____		RELACIÓN LEGAL DEL SOLICITANTE AL PARTICIPANTE: _____
Dirección Postal: _____	Ciudad/Estado: _____	Código Postal: _____
Teléfono del Solicitante: _____		Numero de Fax del Solicitante: _____

Yo autorizo a Liberty Healthcare Corporation para **OBTENER** de y/o **COMPARTIR** (marque una o ambas) mi información confidencial con/de:

Con/de: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

La siguiente información (marque todas las que aplican):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fijar cita para la evaluación | <input type="checkbox"/> Medico/ Examen Físico | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Responder a la Evaluación | <input type="checkbox"/> Resultados de Evaluación Independiente | <input type="checkbox"/> Evaluación Neuropsicológica |
| <input type="checkbox"/> Plan(es) de Tratamiento(s) | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos/Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Evaluación de Clínica ASD |
| <input type="checkbox"/> Presencia/Participación en Tratamiento | <input type="checkbox"/> Información de SIB-R/VABS | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si otra fecha o evento no se ha especificado aquí, esta autorización vence en un año: _____

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 HIPAA 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): _____

Firma: _____