



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

Elección Del Desarrollante Del Plan

Nombre del Participante: _____ NACIDO/DA EL: _____

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: _____