



AUTORIZACION Y DIFUNDIMIENTO

Yo autorizo _____ a difundir mi información médica

Nombre de la institución

relacionada con este incidente:

Oficina Estatal de Asistencia a las Víctimas (SOVA)

Departamento de Servicios Sociales

Policía

Servicios de Prevención Basados en la Comunidad

Guardián ad Litem

Abogado Fiscal

y eximir a esta institución y su personal, de cualquier y toda responsabilidad y reclamación que puedan resultar de la manera de la entrega de tal información.

También autorizo la difusión de información médica a:

Médico Privado

Proveedor de salud mental

Centro de Abogacía para Niños

Otro *Especificar* _____

para el tratamiento continuo y diagnóstico de este niño.

Pido y autorizo a la oficina de estado de victimas para asignar el pago de servicios médicos prestados en nombre de este niño:

Nombre de la institución _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo permito que una copia de esta autorización pueda ser utilizada. Entiendo que tengo el derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a esta institución. Entiendo que el retiro de esta autorización no será válida por cualquier acción tomada antes de esta notificación. Sin una notificación por escrito para retirar esta autorización, la misma vencerá a 1 año de la fecha del servicio médico.

Nombre del niño: _____ Fecha nacimiento: _____ Seguro Social: _____
(Los ultimo 5 numeros)

Dirección _____

Numero de teléfono: _____

Al firmar, acepto la autorización y liberación de información médica del niño nombrado como se describió anteriormente.

Firma del padre / representante legal

Nombre escrito

Fecha: _____

Firma del padre / representante legal

Nombre escrito

Fecha: _____

Firma del testigo

Nombre escrito

Fecha: _____