Autorización para remitir al paciente a otros servicios

_____ _____

Apellidos Nombre Fecha de nacimiento

Carolina del Norte cuenta con varias agencias que asisten a los niños diagnosticados con pérdida de la audición y a sus familias. Cada agencia individual puede explicar mejor los detalles de los servicios que ofrece y responder las preguntas que usted pueda tener al tomar una decisión informada sobre si acepta o no que se brinden servicios a su niño. Usted tiene derecho a aceptar o rehusar en cualquier momento cualquiera de los servicios. La Autorización para remitir al paciente a otros servicios deberá estar en el archivo para que dichas agencias puedan contactar a su familia.

Las agencias que usted acepte le contactarán para brindarle más información sobre sus servicios. Por favor indique a continuación si usted acepta o rehúsa que se le **remita** a cada una de las agencias:

Edad del niño - Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

BEGINNINGS para padres de niños sordos/con problemas de audición ☐ ACEPTA **o** ☐ REHÚSA
Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años ☐ ACEPTA **o** ☐ REHÚSA

Edad del niño - Desde los 3 años hasta los 21 años de edad

BEGINNINGS para padres de niños sordos/con problemas de audición ☐ ACEPTA **o** ☐ REHÚSA
Agencia de Educación Local (Escuelas Públicas) ☐ ACEPTA **o** ☐ REHÚSA
Escuela Residencial/Internado para niños sordos ☐ ACEPTA **o** ☐ REHÚSA

Mediante el presente documento autorizo a _____ a divulgar los resultados de la
(Audiólogo o consultorio de audiología)
evaluación audiológica y la información de contacto a la División de Salud Pública de Carolina del Norte con el propósito de completar la remisión del paciente a las agencias aceptadas anteriormente. Asimismo, autorizo a _____ _____ a divulgar los resultados de la evaluación audiológica a solicitud de las agencias (Audiólogo o consultorio de audiología) anteriormente aceptadas con el propósito de ayudar a la agencia a entender la pérdida de audición de mi hijo(a). Asimismo, autorizo a cada una de las agencias anteriormente aceptadas a divulgar información sobre la elegibilidad, la matriculación, la discontinuación, la evaluación, y del plan de información educativo al recibir una petición a la Oficina de Salud Publica del estado de Norte de Carolina (NC Division of Public Health) con el propósito de evaluar el programa y la coordinación del cuidado relacionado con la pérdida auditiva de mi hijo(a).

Entiendo los términos de esta autorización de divulgación, la necesidad de la información, y que existen estatutos y regulaciones que protegen la confidencialidad de la información. Reconozco que esta autorización es voluntaria y es válida hasta que se cumpla con dicha solicitud de información. Asimismo, entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a la agencia autorizada para divulgar la información, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en base a dicha autorización.

_____
Testigo

_____
Firma del paciente, el padre, la madre o el representante legal

Idioma que se habla en el hogar: _____

_____
Fecha de la firma

Teléfono _____

_____
Nombre del paciente, el padre, la madre o el representante legal en letra tipo imprenta

Teléfono alternativo: _____

_____
Dirección

Correo electrónico: _____

_____
Ciudad, estado y código postal

Nombre del médico de su hijo(a): _____

_____
Condado de residencia

Envíe por fax una copia del formulario completado Y del informe audiológico a:
Marcia Fort, AuD
División de Salud Pública de Carolina del Norte
(919) 870-4881

Revisado en octubre de 2016