



Wraparound Oregon

Wraparound Oregon: Early Childhood

14030 NE Sacramento St.

Portland, Oregon 97230

Consentimiento a la transmisión de información

Participante:

Fecha de nacimiento:

Autorizo a Wraparound Oregon: Early Childhood (WO:EC) de contactar:

Persona / Institución

Teléfono

Dirección física

Fax

Ciudad

Estado

Zip/Código Postal

Al firmar con mis iniciales a continuación, autorizo:

_____ la divulgación o transmisión de información a WO: EC
transmisión de información de WO: EC

_____ la divulgación o

Autorizo la divulgación o transmisión de cualquier información recibida de los siguientes servicios:

_____ Plan de servicio o tratamiento

_____ Notas de progreso

_____ Resumen de servicios

_____ Plan de seguridad

_____ Evaluaciones

_____ Documentación del DHS (Departamento de

Servicios de Salud)

_____ Información médica

_____ Otra (Indicar) _____)

_____ Evaluación y diagnóstico de salud mental

El propósito o necesidad de la transmisión de información es:

_____ Facilitar la educación y desarrollo de un equipo de Wraparound

_____ Facilitar la creación de un plan de tratamiento integral (Comprehensive Plan of Care-Un Plan de cuidado comprensivo)

_____ Otro: _____

Doy mi consentimiento a la divulgación o transmisión de la información anterior, que puede incluir datos relacionados con tratamientos psiquiátricos. He sido informado acerca del tipo específico de información solicitada y de los beneficios y desventajas de darle a conocer. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento, a menos que se hayan iniciado acciones anteriores a su revocación y a menos que haya sido anteriormente revocado por escrito, se vencerá seis meses después de la interrupción de servicios de WO: EC.

Participante Firma (obligatoria, si el participante tiene 14 años o más)

Fecha

Padre o madre / tutor / representante legal

Fecha

Padre o madre / tutor / representante legal

Fecha

Testigo / Padre o madre / tutor / representante legal

Fecha