

# Developmental TIPS

Seguir Progreso Infantil del Desarrollo en todo el Estado (TIPS en inglés)

## Autorización para Intercambio de Información

HOSPITAL

#

Nombre Completo del Paciente

Fecha de Nacimiento

Yo doy permiso para TIPS del Desarrollo y para las personas, agencias y/o escuelas (o los representantes autorizados de esas personas, agencias y escuelas) apuntado abajo intercambiar información que tiene relación con la(s) condición(es) de! paciente arriba, evaluación y/o tratamiento. Tal información puede contener alguna o todas porciones de la historial medica del paciente que poseen esas personas, agencias, escuelas, Instituto Munroe- Meyer y/o los representantes autorizados.

### Munroe-Meyer Institute

Nombre del Individuo, Agencia o Escuela

**985450 Nebraska Medical Center**

Nombre del Individuo, Agencia o Escuela

Dirección

**Omaha                    Nebraska                    68198-5605**

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

### Información Específica

Informes Siguientes de TIPS

Información de la Salud

Otro

### Autorización vence 6 meses después de firmarla

Se puede revocar este contrato de permiso en cualquier momento antes de diseminar la información.

Autorizado por:

Fecha:

Relación con el Paciente

Testimonio de:

Fecha:

Posición del Trabajo del Testigo