

Developmental TIPS

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

Autorización para Intercambio de Información

HOSPITAL

_____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre Completo de! Paciente _____

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) del 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

Dirección

Omaha

Nebraska

68198-5605

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre del Individuo, Agencia o Escuela

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Información Especifica

Informes Siguietes 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