

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL CONSIENTEN EN COMPARTIR
INFORMACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE SALUD
DE LA COMUNIDAD

Nombre del Estudiante: _____ F.D. N _____

Escuela: _____ Grado: _____

- Doy mi consentimiento para que las Escuelas Públicas de Haverhill compartan electrónicamente la información de referencia, incluyendo la de mi hijo(a):
 - Nombre, fecha de nacimiento, grado y escuela HPS a la que asiste mi hijo (a).
 - Información sobre las dificultades que está experimentando mi hijo que puede ser relevante para la remisión.
 - Información sobre cómo contactarme, cuándo es mejor contactarme y mi idioma preferido, así como información sobre el seguro médico de mi hijo para que la agencia de salud mental pueda contactarme para comenzar los servicios.con *"Beth Israel Lahey Health Behavioral Services"* y *"Family Services of the Merrimack Valley"* para establecer servicios de salud mental para mi hijo.
- Consiento en que *"Beth Israel Lahey Health Behavioral Services"* y *"Family Services of the Merrimack Valley"* intercambien información con las escuelas públicas de Haverhill, tanto verbalmente como por escrito, sobre el estado de esta remisión para servicios de salud mental.
- Entiendo que puedo negarme a firmar (y puedo revocar) este consentimiento. Entiendo que las Escuelas Públicas de Haverhill no compartirán más información con los proveedores de la comunidad después de la fecha en que retire mi consentimiento.
- Entiendo que ni *"Beth Israel Lahey Behavioral Health Services"* ni *"Family Services of the Merrimack Valley"* condicionarán mi tratamiento/servicios o el pago de mis facturas a mi decisión de firmar este formulario de consentimiento de remisión.
- Entiendo que *"Beth Israel Lahey Behavioral Health Services"* y *"Family Services of the Merrimack Valley"*, han acordado proteger la privacidad de esta información de acuerdo con las leyes estatales y federales de privacidad.
- Entiendo que, si lo solicito, recibiré una copia de este formulario firmado.
- He leído y aceptado los términos anteriores.

Firma del padre o guardián legal: _____

Firma del Estudiante (si es mayor de 18 años): _____

Nombre del Padre/Guardián Legal o Estudiante (si el estudiante es mayor de 18 años) [por favor imprima su nombre]: _____

_____ Fecha: _____