

Autorización para Revelar Información de Salud Protegida

Información del niño(a) y de la persona de crianza temporal/proveedor de cuidado

El Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (SCDSS, por sus siglas en inglés) tiene la custodia del niño(a) que se menciona abajo. La directora del SCDSS, Lillian B. Koller, autoriza a **First Choice de Select Health of South Carolina** a discutir y revelar Información de Salud Protegida de _____ ID de Medicaid _____, un niño de crianza temporal en la custodia de SCDSS y quien está registrado en First Choice, al(los) proveedor(es) de cuidado de crianza temporal identificados por el empleado de SCDSS (trabajador social).

Información de la persona de crianza temporal/proveedor de cuidado:

Nombre(s): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Autorización del trabajador social del SCDSS para revelar Información de Salud Protegida

El empleado del SCDSS (trabajador social) que se identifica abajo tiene la autoridad de ejecutar esta autorización a nombre de la señora Koller y del SCDSS. El SCDSS está autorizando la revelación de Información de Salud Protegida a _____ (Persona de Crianza Temporal/Proveedor de cuidado) para el propósito de la provisión, facilitación y coordinación del cuidado de la salud. El SCDSS reconoce que esta autorización es voluntaria.

Empleado del SCDSS (Firma) _____ Fecha _____

Nombre escrito _____ Título _____

Teléfono _____ Oficina de SCDSS _____

Notificación de revocación

Por este medio el SCDSS revoca la autorización otorgada arriba en forma efectiva a partir de esta fecha.

Empleado del SCDSS (Firma) _____ Fecha _____

Nombre escrito _____ Título _____

Teléfono _____ Oficina de SCDSS _____

Por favor envíe esta forma por fax al 1.888.963.7073.