

El objetivo de Help Me Thrive es brindar los mejores recursos posibles a todas las familias con jóvenes de 6 a 18 años para atender sus necesidades y brindarles opciones gratuitas. Los navegadores de Help Me Thrive están disponibles para hablar con familias o proveedores y conectarlos con información de la comunidad. Al completar este formulario de referencia, un navegador se pondrá en contacto con usted para determinar las mejores maneras de apoyar al joven y a la familia.

Proveedor Información	Nombre de la organización o clínica:		
	Persona de contacto:		
	Calle:	Ciudad:	Código postal:
	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
	Teléfono: Esta familia está recibiendo servicios de nuestra oficina: Sí No		
Familia Información	Nombre(s) del padre o tutor:		
	Calle:	Ciudad:	Código postal:
	Teléfono:	Correo electrónico:	
	Identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino No <input type="checkbox"/> hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/Rechazado		Identidad racial: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido
	Mejor momento para contactarnos: <input type="checkbox"/> Entre _____ & _____ <input type="checkbox"/> Después de las 5pm <input type="checkbox"/> En cualquier momento Mejor forma de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto Por favor, póngase en contacto conmigo en: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		
	Nombre del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
	Fecha de nacimiento del niño:		
	Preocupaciones:		
	<input type="checkbox"/> Pregúntame sobre mis otros hijos cuando me contactes.		

Envíe este formulario por fax o correo electrónico a: 817-810-3003

Correo electrónico: Referral@HelpMeThriveNorthTexas.org

Para obtener más información llame o visite nuestro sitio web

www.HelpMeThriveNorthTexas.org

Reciprocal Consent to Release and Share Information

I, _____, soy el

Nombre del padre/tutor legal

(Marque una):

Padre

Padre sustituto

Tutor legal

Nombre del niño

Fecha de nacimiento del niño

- Por la presente, certifico que soy el padre con custodia o el representante legal autorizado y tengo la autoridad para proporcionar y consentir la divulgación de esta información.
- Por la presente, doy mi consentimiento y acepto participar en el programa de Help Me Thrive North Texas. Entiendo que la información recopilada es parte del proceso de evaluación y será referido para recibir servicios al proveedor de servicios que se indica a continuación, según la información que proporcione.
- Entiendo y autorizo que toda la información que he proporcionado a Help Me Thrive North Texas se compartirá con el proveedor de servicios que se indica a continuación a través de una plataforma en línea llamada FINDconnect, un sistema de acceso centralizado diseñado para ayudar a las familias y los profesionales a conectar a los niños con programas y servicios comunitarios adecuados.
- Por la presente autorizo a Help Me Thrive North Texas y al proveedor de servicios que se indica a continuación:

Nombre del proveedor de servicios (agencia, organización o individuo)

para liberar y compartir recíprocamente cualquier registro o información (en formato escrito, verbal o electrónico) pertinente para evaluar y satisfacer las necesidades de desarrollo, educativas, médicas, clínicas, de rehabilitación, sociales y/o terapéuticas de mi familia y el niño nombrado en este consentimiento.

- Tras la remisión, entiendo que el proveedor de servicios mencionado se pondrá en contacto conmigo directamente. Help Me Thrive North Texas no recibe ningún beneficio económico ni ganancia como resultado de ninguna remisión; las remisiones no constituyen un aval.
- Entiendo que este consentimiento es voluntario y tiene una vigencia de hasta doce (12) meses a partir de la fecha de mi firma a continuación. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento; sin embargo, la revocación no aplica a ninguna acción realizada antes de la fecha en que revoqué esta autorización.
- Entiendo que la información de identificación personal recopilada como resultado de este consentimiento es confidencial y se mantendrá en registros que están sujetos a las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y, como tal, está disponible para mi revisión y puede reproducirse o corregirse a mi solicitud.

Firma del padre/representante legal

Nombre impreso

Fecha