



## *Gracias por solicitar a la Clínica de evaluación y diagnósticos de Sewall!*

Las evaluaciones son realizadas en persona en el Centro de Desarrollo Sewall,  
940 Fillmore St., Denver, CO 80206.

Seguimos todas las pautas de CDC para restricciones del Covid 19 en todos los centros de  
cuidado infantil.

Por favor devuelva su solicitud ya completa a **Crystal Smith, Coordinadora de la Clínica**, a  
través de uno de los siguientes métodos:

1. Escanear y enviarla por correo electrónico a [DEClinic@sewallchild.org](mailto:DEClinic@sewallchild.org)
2. Por Fax al 303-399-1419
3. Enviarla por correo a:  
Sewall Diagnostic & Evaluation Clinic  
**Attn: Crystal Smith**  
940 Fillmore St.  
Denver, Co 80206

**Por favor no envíe fotos de la solicitud completa.**

**APLICACIÓN PARA LA CLÍNICA SEWALL DE EVALUACIONES Y DIAGNÓSTICOS**

**Por favor de contestar cada pregunta. Si la pregunta no aplica, escriba N/A**

**Informacion general**

**FECHA DE HOY** \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Edad del niño/a \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombres de quien lo cuida \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Email del quien lo cuida \_\_\_\_\_

Quien tiene custodia legal del niño/a referido? \_\_\_\_\_

Por favor nombre a todos los que viven en la casa donde vive el niño/a. Indique que parentesco tienen con el niño/a- Padres biológicos y hermanos; padres adoptivos

<b>Name</b>	<b>Edad</b>	<b>Parentesco</b>
-------------	-------------	-------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Número de ID de medicaid del niño/a** \_\_\_\_\_

**Por favor indique todas las razones por las cual el niño/a es referido para las evaluación.**

Desorden del espectro Autista

Síndrome de alcoholismo fetal

Comportamiento agresivo

Comportamiento de ansiedad

ADHD

Otro Diagnostico: \_\_\_\_\_

**Cuales son las preocupaciones que tiene sobre su hijo/a?**

Comportamiento agresivo

Retraso del habla

Hiperactividad

Retraso de destrezas motrices finas

Ansiedad

Retraso de motricidad gruesa

Depresion

Procesamiento sensorial

Relacion/ amistad con compañeros

Destrezas sociales

Otros: \_\_\_\_\_

Por favor de ejemplos

---

---

---

---

---

Está su hijo/a involucrado en un caso con Servicios Humanos? \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_

Nombre de la trabajadora social \_\_\_\_\_

Numero telefonico \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email de la trabajadora social \_\_\_\_\_

Lenguaje principal del niño/a \_\_\_\_\_

Lenguaje principal de los padres/guardianes legal \_\_\_\_\_

Puede ser el niño/a evaluado en inglés? \_\_\_\_\_

Se necesita un interprete? \_\_\_\_\_

### **INFORMACION MEDICA**

Su hijo/a tiene algún diagnóstico médico? \_\_SI o \_\_NO Si es asi es explique:

---

---

---

---

Medico regular del nino/a (PCP) \_\_\_\_\_

Nombre de la consultorio o clínica: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

En que Hospital nacio el niño/a? \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL NACIMIENTO**

Duración del embarazo \_\_\_\_\_ Edad de la madre en el parto \_\_\_\_\_

Longitud del niño/a \_\_\_\_\_ Peso del niño/a \_\_\_\_\_

Parto vaginal o cesaria \_\_\_\_\_

Describe alguna complicación durante el parto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe algún problema durante el periodo de recién nacido \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Algo de lo siguiente fue ingerido mientras el embarazo?

\_\_ Tabaco cantidad \_\_\_\_\_

\_\_ Alcohol cantidad \_\_\_\_\_

Medicamento con receta--por favor nombre los medicamentos y explique:

\_\_\_\_\_

Medicamento sin receta-- explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Por favor nombre de profesionales médicos que ha visto o han estado involucrados en el cuidado médico de su hijo/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre los medicamentos que el niño/a está tomando ahora:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha sido su hijo/a visto en la unidad del desarrollo de niño (CDU) en el hospital de niños, JFK Socios, o alguna otra agencia para una evaluación integral del desarrollo? \_\_\_\_\_  
Si así es, cuando? \_\_\_\_\_  
Por que? \_\_\_\_\_

Hay algo más que usted quisiera que supiéramos sobre su hijo/a?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR**

Indique si algunos de los parientes del niño/a ha tenido:

Si	Parentesco
___	Drogas o abuso de alcohol _____
___	Involucrado con la policía _____
___	Preocupaciones del habla/lenguaje _____
___	Pérdida de la audición _____
___	Preocupaciones de Movimiento _____
___	Preocupaciones de aprendizaje _____
___	Desabilidad intelectual _____
___	Enfermedad mental _____
___	Autismo _____
___	Transtorno de asperger _____

**INFORMACION ESCOLAR**

A qué escuela va el niño/a \_\_\_\_\_  
Distrito escolar \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Numero telefonico \_\_\_\_\_  
Tiene su niño/a un Plan Educativo Individual (IEP)? \_\_\_\_\_  
Tiene su niño/a un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)? \_\_\_\_\_

## **HISTORIAL DE SERVICIOS DE TERAPIAS Y PROVEEDORES**

### **Sensorimotor**

Ha recibido su hijo/a terapia física u ocupacional anteriormente? \_\_\_\_\_

Cuando Y donde? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

Ha recibido su hijo/a una evaluación motriz? \_\_\_\_\_

Cuando y donde? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

Las evaluaciones fueron a través de la escuela o por terapeutas privados? \_\_\_\_\_

Si fueron hechas por terapeutas privados, por favor de proveer la información de contacto y nombres de los terapeutas: \_\_\_\_\_

### **HABLA Y LENGUAJE**

Ha recibido su hijo/a terapia de habla y lenguaje anteriormente? \_\_\_\_\_

Cuando y donde? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a una evaluación de lenguaje? \_\_\_\_\_

Cuando y donde? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

Las evaluaciones fueron hechas a través de la escuela o por terapeutas privados? \_\_\_\_\_

Si fueron hechas por terapeutas privados, por favor de proveer la información de contactos y nombres de los terapeutas: \_\_\_\_\_

### **SALUD MENTAL**

Está su hijo/a bajo el cuidado de un Psiquiatra? \_\_\_\_\_

Cuando empezó el tratamiento de cuidado? \_\_\_\_\_

Qué tan seguido visita al psiquiatra? \_\_\_\_\_

Información de contacto del psiquiatra \_\_\_\_\_

Su hijo/a trabaja con un terapeuta de salud mental? \_\_\_\_\_

Desde cuando? \_\_\_\_\_

Que tan seguido ve al terapeuta? \_\_\_\_\_

Informacion de contacto del terapeuta: \_\_\_\_\_

Ha recibido una de las siguientes evaluaciones su hijo/a?

- Evaluación psicológica
- Evaluación neuropsicológica

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_

Por favor de proveer los datos de contacto del proveedor:

\_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE FONDOS**

Nosotros reunimos datos de raza y etnicidad para poder aplicar para fondos

Por favor seleccione una de cada categoría:

Raza del niño/a:

- Indio Nativo Americano       Negro o Africano- Americano
- Isleño del pacífico/Hawaiano nativo
- Asiático     Blanco     multiracial

Etnicidad de su hijo/a:

- Hispano/latino     No hispano/latino

Prefiere no especificar

Firma \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

—  
Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MENTAL CONFIDENCIAL**

1.) Yo autorizo a la clinica de diagnosticos Sewall para obtener de y/o compartir información de salud sobre el individuo nombrado abajo:

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Numero de telefono \_\_\_\_\_

2.)Yo autorizo para que información del salud se obtenida o/y compartida a las siguientes organizaciones o individuos

**Sewall Child Development Center**

Numero de telefono: 303-399-1800 Numero de fax : 303-399-1419  
Con el proposito: Evaluación diagnóstica

3.) El tipo de información médica para revelar es las siguientes marcadas

\_\_\_\_\_ Algunos/todos los documentos de nacimiento  
\_\_\_\_\_ Algunos/todos los archivos médicos  
\_\_\_\_\_ Alguno/todos los récords de terapias  
\_\_\_\_\_ Algunos/todos los records de salud mental  
\_\_\_\_\_ Alguno/todos los trienal, IEP, IFSP iniciales incluyendo los récords de las evaluacion  
\_\_\_\_\_ Otros

4.) Yo entiendo que la información médica revelada por esta autorización puede incluir información sobre tratamientos de enfermedades físicas o mentales, alcoholismo/abuso de drogas y historial médico pasados incluyendo actas de nacimientos.

5.) Si he dado autorización para revelar informaciones médica alguien que no está legalmente obligado a mantenerla en privado, puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida.

6.) Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto si ya se ha tomada acción basado en esto. Yo entiendo que esta autorización se expira ya sea un año después que se firmó o en la fecha que especifique.

Nombre del padre (letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_  
Agencia: \_\_\_\_\_

Por favor de mandar por fax esta información a la coordinadora de la clínica : 303-399-1419.



**Historial de colocación (si se aplica)**

Nombre de padre adoptivo: \_\_\_\_\_ Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Fecha que el niño/a fue removida de su casa de padres biológicos: \_\_\_\_\_

Cuanto tiene el niño/a en la colocación presente : \_\_\_\_\_

La razón por la cual el niño/a fue removido de su casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En el centro de crisis o fue recibido en una casa de que día a que día: \_\_\_\_\_

Por favor incluya todos los lugares que ha estado el niño/a antes de el más reciente

FECHAS                      Hogares donde ha estado con parientes o padres adoptivo y en qué lugares

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plan para la colocación permanente del niño/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sewall Child Development Center  
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206  
Fax number: 303-399-1419

**PERMISO PARA EVALUAR**

Sewall Child Development Center  
Clínica de Diagnósticos y Evaluaciones

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que el equipo de Sewall administre diferentes herramientas de pruebas estandarizadas a mi hijo/a, \_\_\_\_\_, para poder realizar una evaluación de desarrollo completo, incluyendo pruebas/exámenes pediátrico, cognitivo, social emocional, habla-lenguaje, y destrezas motrices. Yo entiendo que esta evaluación/valoración facilitará un plan de un programa para mi hijo/a y la familia. Yo también entiendo y estoy de acuerdo que una copia del reporte basado en los resultados de la evaluación será enviado al pediatra de mi hijo/a.

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_

Firma del guardian legal: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
Sewall info...

Efectivo 4/26/2019

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICAL/ SALUD MENTAL SOBRE SU HIJO/A SE USA Y SE COMPARTE, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE LEER CON MUCHO CUIDADO**

Por favor de dirigirse a Heidi Heissenbuttel Presidenta/CEO con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso al 303-399-1800

Un registro del cuidado es archivado de todos los clientes en el centro de Sewall. Generalmente, este archivo contiene información referente a la fecha y tiempo de contacto, síntomas de la conducta emocional, reportes basados en los sentimientos y pensamientos del cliente, información de diagnósticos, información sobre el tratamiento, información relacionada con la facturación, también información sobre los miembros familiares del cliente están incluidos en el registro con la información relativo al tratamiento del cliente. Este aviso aplica a todos los expedientes médicos de su hijo/a que son guardado en el centro de Sewall.

**LAS RESPONSABILIDADES DE SEWALL**

Es requerido por la ley que Sewall mantenga en privado la información médica de su hijo/a y que le provea una descripción de sus prácticas de privacidad. Sewall permanece con los términos de este aviso y le notificara si no podemos estar de acuerdo a una restricción solicitada. Sewall tendrá en cuenta las solicitudes razonables que tenga para comunicar información de salud por médicos alternativos o ubicaciones alternativas.

**USOS Y DIVULGACIONES**

Las siguientes categorías describen el modo que Sewall usa y revela la información médica:

**PARA TRATAMIENTOS:**

Sewall puede usar la información médica y de salud mental sobre su hijo/a en la prestación de servicios. Al trabajar con niños menores de 15 años, Sewall puede revelar información médica sobre el niño/a a sus padres, colegas (si es necesario), o a todos aquellos que tengan un consentimiento para compartir la información. Dicho intercambio de información será para coordinar la atención y promover el bienestar del niño.

Sewall puede proporcionar a otros proveedores de salud mental, El Departamento de Servicios Humanos, representantes legales y/u otros profesionales médicos y familiares con información que debería ayudarlos en su trabajo con su hijo/a. Por favor, comprenda que tales divulgaciones de información ocurren solo con el consentimiento informado y serian en caso de una emergencia médica/salud mental, la comisión de un comportamiento criminal por parte del cliente o por orden judicial.

**PAGOS:** Sewall opera a través de una tarifa por arreglos de servicios la cual se requiere que el cliente reembolse directamente a Sewall. Si los servicios se facturan a través de Medicaid, una aseguranza privada, o un tercero, Sewall proveerá la información requerida al proveedor apropiado. En caso donde Sewall proporciona información a la aseguranza debido a la solicitud del cliente, Sewall puede usar y divulgar información médica y salud mental del tratamiento y servicios de su hijo/a. Esto incluye información sobre síntomas, diagnósticos, e información de el plan y metas de tratamiento.

**PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:**

El personal de Sewall puede usar información en el registro de salud de su hijo/a para evaluar la atención y los resultados en el caso y otros similares. Los resultados se utilizarán para mejorar continuamente la calidad de la atención para todos los clientes que atendemos. Por ejemplo, podemos combinar información sobre muchos clientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios y tratamientos. Podemos divulgar información a entidades externas con fines educativos. La divulgación de dicha información no identificara a ningún cliente. Podemos combinar la información de medica y de salud mental que tenemos con la de otros proveedores de tratamiento para permitirnos ver donde podemos hacer mejoras. Podemos eliminar la información que identifica a su hijo/a de este conjunto de información médica para proteger la privacidad.

También podemos usar y divulgar información médica y de salud mental:

- Para los socios comerciales que hemos contratado sin realizar los servicios acordados y la facturación de los mismos.
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios.
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento.
- Como parte de los esfuerzos de recaudación de fondos.
- Para actividades basadas en la población relacionada con la mejora de los resultados de los programas o la reducción del costo del tratamiento.
- Para llevar a cabo programas de capacitación o revisar la competencia de atención de salud mental para profesionales.

**SOCIOS DE NEGOCIOS:**

Hay algunos servicios provistos en nuestra organización a través de contratos con socios comerciale; con, por ejemplo, nuestro organismo de acreditación, que sirve para respaldar el mantenimiento de altos estándares de atención. Cuando Sewall trabaja con su organismo de acreditación, podemos revelar la información de salud de su hijo/a a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Sin embargo, para proteger la información de salud de su hijo/a, requerimos que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.

### **PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU CUIDADO O EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN:**

Podemos revelar información médica/salud mental sobre su hijo/a a un padre, a una trabajadora social del condado, a un tutor legal o al oficial de investigación que participe en su tratamiento. Además, podemos revelar información médica sobre su hijo/a a una entidad que asista en una situación de emergencia para que su familia pueda ser notificada sobre la condición y el estado de su hijo/a y la ubicación. Dicha divulgación, excepto en caso de emergencia, orden judicial o cuando las leyes vigentes exijan la divulgación, sólo se realizan con el consentimiento apropiado.

### **INVESTIGACIÓN:**

Podemos divulgar información a los investigadores cuando una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información de salud de su hijo/a haya aprobado dicha investigación.

### **ARREGLO SANITARIO ORGANIZADO:**

Esta práctica le presenta este documento como un aviso. La información se compartirá según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a información de salud protegida en sus oficinas para ayudar a revisar el tratamiento anterior, ya que puede afectar el tratamiento en ese momento.

### **ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA:**

Los cuidadores en otras instalaciones o prácticas pueden tener acceso a información de salud protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información de tratamientos anteriores, ya que puede afectar el tratamiento en este momento. Comuníquese con el coordinador de la clínica de Sewall al 303-399-1800 para obtener más información sobre los sitios específicos incluidos en esta entidad cubierta y afiliada.

**COMO LO EXIGE LA LEY**, también podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes tipos de entidades, que incluyen pero no se limitan a:

- Administración de alimentos y drogas
- Autoridades de salud pública o legal encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Oficial de la ley.
- Departamento de servicios humanos del estado y del condado.
- Los tribunales.
- Agencias de de vigilancias de la salud.

### **APLICACIÓN DE LA LEY/PROCEDIMIENTOS LEGALES**

Podemos divulgar información de salud para fines de aplicación de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

**REQUISITOS ESPECÍFICOS DEL ESTADO:** El departamento de servicios humanos de Colorado requiere acceso a todos los registros como parte de su papel en la supervisión de clínicas de diagnósticos y evaluaciones acreditadas.

## **SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Debido a que Sewall compilo los registros de su hijo/a, que por lo tanto es propiedad física de Sewall, usted tiene derecho a:

- **Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información que pueda usarse para tomar decisiones sobre la atención de su hijo/a. Por lo general, esto significa ciertos registros de salud y facturación, pero no incluyen notas de terapias u otras notas que estamos legalmente prohibidos de revelar. Podemos negar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información de salud, puede solicitar la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Enmendar:** Si usted considera que la información médica /de salud que tenemos sobre su hijo/a es incorrecta o está incompleta puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras Sewall conserve la información. Podemos denegar su solicitud de enmienda y, si esto ocurre, se le notificará el motivo de la denegación.
- **Una Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar un informe de la divulgación que hacemos de la información médica sobre su hijo/a.
- **Restricción de Solicitud:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica/de salud que usamos o divulgamos sobre su hijo/a para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre su hijo/a a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como a un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que la información compartida con los mismos miembros de la familia.
- **No estamos obligados a estar de acuerdo a su petición:** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
- **Solicitar Comunicación Confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos/de salud de cierta manera o en un lugar determinado. Aceptaremos la solicitud en la medida en que sea razonable que hagamos. Por ejemplo, puede solicitar que no dejemos mensaje de correo de voz o correo electrónico, o que las notificaciones de personal de tratamiento se envíe por correo a una ubicación alternativa.

- **Una copia en papel de este aviso:** Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Usted puede solicitar que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso.

Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga los formularios requeridos del coordinador de la clínica y envíe su solicitud por escrito.

### **CAMBIOS ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso, y el aviso revisado o modificado será efectivo para la información que ya tenemos sobre su hijo, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en el sitio web de Sewall ([sewallchild.org](http://sewallchild.org)) e incluirá la fecha de vigencia. Además, cada vez que visite Sewall para recibir tratamiento o servicios de atención médica, tendremos disponible una copia del aviso actual vigente.

### **QUEJAS**

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Sewall comunicándose con el presidente/CEO de sewall al 303-399-1800. También puede presentar una queja ante La Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Colorado. Todas las quejas deben de ser por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplica a Sewall se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre su hijo/a, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revocó su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre su hijo/a por motivos cubiertos por la autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a volver a capacitar nuestros registros de la atención que le brindamos a su hijo/a.

Heidi L. Heissenbuttel  
President/CEO  
Sewall Child Development Center  
940 Fillmore Street  
Denver, Colorado 80206  
303-399-1800

Sewall Child Development Center  
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206  
Fax number: 303-399-1419

Por mi firma, reconozco haber recibido una copia de la "Práctica de Privacidad de Sewall".  
Puedo pedirle al equipo de la Clínica o al Presidente/CEO de Sewall sobre este formulario,  
también puedo pedir una copia de este al coordinador de la clínica.

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Gracias por aplicar a la  
Clínica de Diagnósticos y Evaluaciones Sewall**