# Equipo de Trabajo del Niño y la Familia (CFT)



# Autorización del uso de su Información de Salud Protegida e Información Privada

**NOMBRE DEL NIÑO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDI-CAL DEL CLIENTE (CIN):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TRABAJADOR DE LA AGENCIA DE COLOCACIÓN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Permito que los siguientes proveedores de atención médica (incluidos los proveedores de atención de salud mental) compartan toda la información relacionada con mi historial médico, tratamiento y salud (incluida la salud mental) permitida por las leyes federales y estatales con personas designadas como miembros de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia para los fines especificados en el Código de Bienestar e Instituciones 16501 (a) (4). Estos propósitos incluyen, pero no se limitan a, aportar información para el desarrollo del plan de mi hijo o joven, el plan familiar y / o mis decisiones de colocación de cuidado de crianza.

Nombre del proveedor de atención Médica Tipo de información para compartir

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La información que se puede compartir incluye: atención anterior, evaluaciones / pruebas, diagnósticos, evaluaciones, notas del proveedor, pedidos de proveedores, registros de atención, plan de atención, plan para el cliente y medicamentos. Entiendo y acepto que también puede incluir información sobre:

Enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedad con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma/Fecha

Servicios de salud mental o de comportamiento. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma/Fecha

Tratamiento de alcohol y / u otras drogas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma/Fecha

1. Permito que los siguientes miembros de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia reciban y utilicen la información de mis proveedores de atención médica para lograr las metas de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia. También autorizo a estos miembros de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia a volver a divulgar esta información, incluido el plan de cliente y / o el plan de clientes para niños o jóvenes, a otros miembros de la lista de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia para llevar a cabo el propósito de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia. Los miembros de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia no pueden divulgar esta información a ninguna persona ajena al Equipo de Trabajo del Niño y la Familia o para cualquier otro propósito. Entiendo que se requerirá un nuevo formulario de autorización si se agrega o elimina algún miembro de mi Equipo de Trabajo del Niño y la Familia.

Miembros del Equipo de Trabjo del Niño y la Familia:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Reconozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación no afectará la información que ya se ha utilizado o divulgado.  
      
   Reconozco que el Equipo de Trabajo del Niño y la Familia continuará existiendo incluso si elijo no ejecutar esta autorización. El Equipo de Trabajo del Niño y la Familia está solicitando mi autorización con el fín de brindar apoyo integral, asesoramiento y coordinación de atención. Si no ejecuto esta autorización, el Equipo de Trabajo del Niño y la Familia tendrá menos información en la que basar sus comentarios y puede hacer recomendaciones diferentes.
2. Este formulario de autorización es válido desde la fecha en que lo firme hasta la siguiente fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puedo elegir revocarlo en cualquier momento. Me han entregado una copia de este formulario.

# FIRMA DEL NIÑO (REQUERIDA PARA LOS JÓVENES DE 12 AÑOS Y MAYORES)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**RECHAZO A FIRMAR (Por favor explique las circunstancias):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# G. INDIVIDUOS AUTORIZADOS PARA DAR CONSENTIMIENTO SOBRE DECISIONES MÉDICAS EN NOMBRE DEL NIÑO(Á) (CUANDO SEA NECESARIO - VEA LAS INSTRUCCIONES)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación hacía el Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tipo de Decisión(es) Médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación hacía el Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tipo de Decisión(es) Médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# H. INDIVIDUO AUTORIZADO PARA DAR CONSENTIMIENTO SOBRE DECISIONES EDUCATIVAS EN NOMBRE DEL NIÑO(Á)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación hacía el Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**PROHIBICIÓN DE LA REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**ESTE AVISO ACOMPAÑA UNA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE UN CLIENTE INSCRITO EN TRATAMIENTO DE ALCOHOL / DROGAS, HECHO A USTED CON EL CONSENTIMIENTO DE TAL CLIENTE. ESTA INFORMACIÓN SE HA DIVULGADO A USTED DE REGISTROS PROTEGIDOS POR LAS REGLAS FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD (42 C.F.R. PARTE 2). LAS REGLAS FEDERALES LE PROHIBEN HACER CUALQUIER REVELACIÓN ADICIONAL DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN ADICIONAL SEA EXPRESAMENTE PERMITIDA CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A QUIÉN LA INFORMACION PERTENECE O QUE SEA PERMITIDA POR 42 C.F.R. PARTE 2. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA U OTRA INFORMACIÓN NO ES SUFICIENTE PARA ESTE PROPÓSITO. LAS REGLAS FEDERALES RESTRINGEN CUALQUIER USO DE LA INFORMACIÓN PARA INVESTIGAR O PROSEGUTIR DE MANERA PENAL A CUALQUIER PACIENTE DE ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL.**

**Instrucciones:**

1. **De quién:**  Enumere todas las organizaciones o proveedores de atención médica, incluidos los proveedores de salud conductual, que tengan la información solicitada. Si hay más organizaciones o proveedores de atención médica, que espacio en este formulario, complete un formulario adicional.

**Tipo de información de salud:**  Ingrese el tipo de información que los proveedores tratantes divulgarán. Por ejemplo, registros generales de atención primaria, registros de tratamiento de salud mental o registros de tratamiento de abuso de sustancias.

1. **Requisitos específicos para información de salud sensible:** se requiere una firma y fecha individual para la divulgación de información de VIH, salud mental y uso de sustancias.
2. **A quién:** Cada miembro del Equipo de Trabajo del Niño y la Familia debe identificarse por su nombre. Proveedores de tratamiento de atención médica que son miembros del Equipo de Trabajo del Niño y la Familia se pueden identificar generalmente por el nombre de su organización (por ejemplo, mis proveedores de tratamiento en Kaiser) o específicamente por su nombre (por ejemplo, el Dr. Chen). Si hay un cambio en la membresía del Equipo del Niño y la Familia que no sea un cambio en los proveedores de tratamiento generalmente identificados, se requiere un nuevo formulario.
3. **Reconocimientos:** Esta sección reconoce el derecho del joven a rechazar o revocar el consentimiento.
4. **Fecha de finalización:** Seleccione una fecha específica.
5. **Firma del niño:** Requerido para todos los jóvenes de 12 años o más. Si un joven se niega a firmar, la información sobre la atención para la cual el joven es legalmente capaz de dar su consentimiento no se puede compartir. La información sobre la atención fuera del alcance de la capacidad de consentimiento del joven aún se puede compartir con el consentimiento de la persona autorizada para dar su consentimiento para tomar decisiones médicas en nombre del joven.
6. **Personas autorizadas para dar su consentimiento para tomar decisiones médicas en nombre del niño o joven**: según la edad del joven, el tipo de servicio médico y la etapa del caso de dependencia, la persona autorizada para dar su consentimiento a una decisión médica en nombre del niño puede diferir. Por ejemplo, si el joven de crianza tiene el derecho de dar su consentimiento personal a los servicios médicos, el consentimiento de un padre no es necesario y, por lo tanto, se requiere el consentimiento por escrito del joven o una orden judicial para divulgar la información. Si el joven de crianza no tiene el derecho exclusivo de autorizar la divulgación de información, el padre o tutor legal, el cuidador o el trabajador social pueden estar autorizados a dar su consentimiento para tomar decisiones médicas según el tipo de tratamiento. El (los) adulto (s) apropiado (s) con la autoridad para dar su consentimiento al tipo de decisión médica discutida debe completar esta sección.
7. **Persona autorizada para dar su consentimiento para tomar decisiones educativas en nombre del niño:** Todos los niños menores de 18 años deben tener un titular de derechos educativos. Puede ser un padre biológico / adoptivo, o una persona designada por el tribunal de dependencia juvenil. La persona autorizada para dar su consentimiento para tomar decisiones educativas puede haber dado su consentimiento para algunas intervenciones y puede tener información para compartir con el equipo del niño y la familia con respecto a los servicios de educación especial y / o servicios del centro regional para el niño.