|  |
| --- |
| **Provisto a la familia adoptiva:**  |
| **Al firmar este documento, confirmamos que hemos recibido los expedientes de hijo adoptivo del siguiente menor:** |
| Nombre del menor:  | Fecha de nacimiento:  |
| Este expediente incluye: Notas del caso, documentos legales, registros de salud, salud mental y educación. Recibimos estos registros por:  |
| [ ]  Transporte administrado de archivos (MFT) Date del correo electrónico a la familia para informar que los registros están disponibles para descarga por MFT**Nota:** tome en cuenta que los archivos cargados al sistema MFT serán **eliminados automáticamente después de 14 días.** |
| [ ]  USB cifrado**Nota:** Para abrir el archivo, coloque la unidad de memoria en un puerto USB. Se abrirá una ventana solicitando una contraseña. Escriba la contraseña y haga clic en el botón de **desbloqueo**, localizado en la parte inferior de la ventana.La contraseña para abrir el archivo es: Obtuve este expediente de la siguiente manera: [ ]  En persona en la oficina del DCYF [ ]  Por correo postal [ ]  Entregado en persona por el personal del DCYF |
| [ ]  Correo electrónico seguro enviado a Email address el día Date |
| [ ]  Copias impresas **Nota:** esta opción debe ser aprobada por el administrador del área y documentada en FamLink en cuanto a los motivos por los que se eligió esta opción. Obtuve este expediente de la siguiente manera: [ ]  En persona en la oficina del DCYF  [ ]  Por correo postal [ ]  Entregado en persona por el personal del DCYF |
| Entendemos que estamos recibiendo registros que son confidenciales de acuerdo al Código Revisado de Washington (RCW) 74.04.060, RCW 42.56.210, RCW 42.56.230 y RCW 26.33.340 que establece que la información del Departamento sobre los padres biológicos, la familia extendida o los servicios proporcionados a los mismos, serán de **carácter estrictamente confidencial**. Nos comprometemos a divulgar esta información solamente a personas protegidas por la confidencialidad, como médicos y terapeutas que soliciten información para fines del tratamiento del menor arriba mencionado. Fecha de recepción: Firmas de los padres adoptivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del trabajador social:  |