

Consentimiento para release of information (divulgación de información)

Aviso a los clientes: Al firmar este formulario, le da permiso al DCYF y a las agencias y personas mencionadas a continuación para usar y compartir información confidencial sobre usted. El DCYF no puede negarle beneficios por no firmar este formulario, excepto que se necesite su consentimiento para determinar la elegibilidad. Si no firma este formulario, el DCYF todavía puede compartir información sobre usted en la medida autorizada por la ley. Si tiene preguntas sobre cómo el DCYF comparte información confidencial del cliente o sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad del DCYF o pregunte a la persona que le entregue este formulario.

Sección 1: Identificación del cliente

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
OTRA INFORMACIÓN:			

Sección 2: Consentimiento

Doy mi consentimiento para usar y divulgar información confidencial sobre mí dentro del DCYF y con aquellos mencionados abajo para coordinar servicios, tratamiento, pagos y beneficios para mí o para otros fines autorizados por ley. La información puede compartirse oralmente o por escrito.

Marque todas las personas abajo que se incluyen en este consentimiento, además del DCYF, e identifíquelos con nombre y dirección:

<input type="checkbox"/>	Proveedores de atención médica:
<input type="checkbox"/>	Proveedores de cuidados de salud mental:
<input type="checkbox"/>	Proveedores de servicios por uso de sustancias:
<input type="checkbox"/>	Tribus:
<input type="checkbox"/>	Distritos escolares o universidades:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (Administración del Seguro Social) u otra agencia federal:
<input type="checkbox"/>	Ver la lista adjunta
<input type="checkbox"/>	Otro (<i>incluidos proveedores contratados por el DCYF u otras agencias estatales</i>):

Autorizo y doy mi consentimiento para compartir los siguientes registros e información (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos mis registros como cliente | <input type="checkbox"/> Información de atención médica | <input type="checkbox"/> Registros de pago |
| <input type="checkbox"/> Registros de la lista adjunta | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o atención | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares, sociales y laborales |
| <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros | <input type="checkbox"/> Activos individuales | <input type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si sus registros como cliente incluyen alguna de la siguiente información, también debe completar esta sección para incluir estos registros.

- Salud mental Resultados de pruebas de patógenos de transmisión por sangre, diagnóstico o tratamiento
 Servicios para Substance Use Disorder (trastorno por uso de sustancias, SUD)

Sección 3: Firmas

Este consentimiento tiene validez durante un año siempre y cuando el DCYF necesite los registros o hasta _____ (*fecha o evento*).

- Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero esto no afectará ninguna información ya compartida.
- Comprendo que los registros compartidos según este consentimiento posiblemente ya no estén protegidos según las leyes que se aplican al DCYF.
- Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros.

Firma	Fecha	Firma del contacto de la agencia/testigo	Fecha
Firma de padre/madre/tutor u otro representante (si corresponde)	Fecha	Número de teléfono de padre/madre/tutor u otro representante (si corresponde)	

Si no soy el sujeto de los registros, estoy autorizado para firmar porque soy (adjuntar prueba de autoridad):
 Padre/madre/tutor Tutor legal (adjuntar orden del tribunal) Representante personal Otro _____

Aviso a los destinatarios de información: si estos registros incluyen información sobre patógenos de transmisión por sangre, no puede divulgar adicionalmente esa información sin el permiso específico del cliente. Si ha recibido información en relación con el abuso de drogas o alcohol del cliente, debe incluir la siguiente declaración al divulgar adicionalmente información según lo requerido por el Título 42 del CFR, parte 2.32: **“Esta información se le ha divulgado a usted de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (Título 42 del CFR, parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, excepto que esta divulgación esté permitida expresamente mediante el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o según lo permita de otra forma el Título 42 del CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de drogas o alcohol”.**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Propósito: use este formulario cuando necesite consentimiento para usar información confidencial de manera continuada sobre un cliente dentro del DCYF o para divulgar esa información a otras agencias para coordinar servicios o para tratamiento, pago u operaciones de la agencia, o para otros fines reconocidos por ley. Los clientes son personas que reciben beneficios o servicios del DCYF.

Uso: complete este formulario por medios electrónicos, de ser posible, para facilitar la lectura; **se debe completar un formulario individual para cada persona, incluidos los niños.** En las instrucciones, “usted” hace referencia al empleado del DCYF y, en el formulario, “usted” hace referencia al cliente. Compartir registros incluye usar y divulgar información confidencial sobre un cliente.

Partes del formulario:

IDENTIFICACIÓN:

- **Nombre:** proporcione el nombre de un cliente solamente en cada formulario. Incluya cualquier nombre anterior que el cliente pueda haber usado al recibir los servicios.
- **Fecha de nacimiento:** se necesita para diferenciar al cliente de personas con nombres similares.
- **Número de identificación:** proporcione un número de identificación del cliente u otro identificador, como un social security number (número de Seguro Social) (no requerido) para asistir en la identificación de registros e historial de seguimiento y servicios recibidos.
- **Dirección y teléfono:** información adicional que ayudará a localizar e identificar al cliente, o a comunicarse con él.
- **Otro:** incluya en este cuadro cualquier información adicional que pueda ser de ayuda para localizar registros que puedan incluir partes del DCYF involucradas en los servicios, nombres de familiares u otra información relevante.

CONSENTIMIENTO (AUTORIZACIÓN):

- **Agencias o personas que intercambian registros:** el hecho de que el cliente complete este formulario permite usar y compartir información confidencial dentro de todo el DCYF. El DCYF podrá divulgar y recibir información confidencial de las agencias externas o personas mencionadas. Proporcione información de identificación sobre las agencias o los proveedores, incluidos el nombre, la dirección o la ubicación, de ser posible. También puede adjuntar una lista de agencias autorizadas para compartir información que el cliente también debe firmar.
- **Información incluida:** los clientes deben indicar los registros que están incluidos en el consentimiento. Los clientes pueden poner todos los registros a disposición o pueden limitar los registros incluidos por fecha, tipo u origen del registro. Si un cliente no firma un consentimiento ni especifica un registro en particular, se podrá compartir ese registro si así lo autoriza la ley. Puede adjuntar una lista de los registros incluidos que el cliente también debe firmar. Si algún registro incluye información relacionada con salud mental (RCW 71.34.500, 71.34.510 y 71.34.530), pruebas o tratamiento de HIV/AIDS o STD (RCW 70.02.220) o servicios por drogas o alcohol (Título 42 del CFR, parte 2.31(a)(5)), el cliente debe marcar estas áreas específicamente para dar permiso para compartir estos registros. Este formulario no tiene validez para incluir notas de psicoterapia según el Título 45 del CFR, parte 164.508(b)(3)(ii) y se debe completar un formulario separado para incluir estos registros.
- **Duración:** incluya una fecha de vencimiento para el consentimiento que se corresponda con los propósitos de su programa o según lo estipule la ley.
- **Comprensión:** asegúrese de que el cliente comprenda el tipo de permiso que se otorga y cómo y por qué se compartirá la información. Si es necesario, use un formulario traducido o un intérprete, o lea el formulario en voz alta. Si el cliente necesita más información, proporcione una copia adicional del Aviso de prácticas de privacidad del DCYF o remita al cliente al funcionario de divulgación pública de su unidad.

FIRMAS:

- Cliente: procure que el cliente o el menor con edad de consentimiento (mínimo 13 para servicios de salud mental y drogas y alcohol; mínimo 14 para HIV/AIDS y otras STD; cualquier edad para anticoncepción y abortos; mínimo 18 para atención médica y otros registros) firme este cuadro y escriba la fecha en que firmó. El cliente puede sustituir una marca en este cuadro de la que usted sea testigo.
- Contacto de la agencia o testigo: firmará este cuadro si es usted la persona que presenta y explica este formulario al cliente. Incluya su número de teléfono. Si el cliente firmará el formulario en otro lugar que no sea el negocio, indíquele que un testigo debe firmar este bloque y proporcione un número de teléfono. Un notario público puede actuar como testigo de la firma del cliente.

Padre/madre/tutor u otro representante: si el cliente es un menor que no tiene la edad de consentimiento, un padre/una madre o un tutor debe firmar. Si el menor no alcanza la edad de consentimiento para todos los registros que se compartirán, tanto el menor como el padre/la madre/el tutor deben firmar. Si el cliente se ha declarado legalmente incompetente, debe firmar el tutor designado por el tribunal y proporcionar una copia de la orden de designación. Si una persona firma en otra capacidad (incluida una persona con un poder notarial o una albacea), marque "otro" y obtenga una copia de la autoridad legal para actuar. La persona que firma debe indicar la fecha de la firma y dar un número de teléfono o información de contacto.