



Autorización y consentimiento para divulgar registros
Authorization and Consent to Share Records

Autorización y consentimiento para divulgar los registros y la información de:			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO , WA	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	ASOCIADO CON EL NÚMERO DE PROVEEDOR (SI LO CONOCE)		
Consentimiento:			
<p>Consiento a que la Agencia de colocación de niños (CPA)/Cuidado grupal (CG), la División de Licencias (LD) del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) , y las siguientes agencias, proveedores y personas obtengan mi información confidencial. Autorizo a la LD, las CPA y a las agencias, los proveedores y las personas que se mencionan a continuación para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con el fin de evaluarme para brindarme acceso a menores en cuidado fuera del hogar. La información puede ser compartida verbalmente, por transferencia de datos por computadora, por correo o por entrega en mano.</p>			
Las agencias, proveedores y personas abajo indicados se incluyen en este consentimiento y autorización, además de la LD/CPA/GC:			
<input type="checkbox"/> Ninguno – no me han pedido mi consentimiento para ninguna otra agencia, proveedor o persona <input type="checkbox"/> Amazon.com <input type="checkbox"/> Northwest Adoption Exchange (NWAEE) <input type="checkbox"/> Agencia de colocación de niños: <input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de salud y salud mental: <input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de dependencia de sustancias químicas: <input type="checkbox"/> Otro:			
Este consentimiento y autorización incluye a los servicios y la información que se indican a continuación:			
<input type="checkbox"/> Ninguno de mis registros de cliente – No me han pedido mi consentimiento <input type="checkbox"/> Nombre, dirección y número de teléfono (para envíos) <input type="checkbox"/> Sólo los siguientes registros: <input type="checkbox"/> Todos mis registros de cliente <p>RECUERDE: Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de la siguiente información, debe además llenar esta sección para incluir estos registros: Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Dependencia a sustancias químicas <input type="checkbox"/> Resultados, diagnóstico o tratamiento de VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual			
<p>Aviso a quienes reciben la información: Si estos registros contienen información sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual o abuso del alcohol o las drogas, las leyes federales y estatales estipulan que usted no puede divulgar esta información sin el permiso específico del sujeto y sólo después de cumplir con requisitos legales específicos.</p>			
Este consentimiento es válido for:			
<input type="checkbox"/> Un año <input type="checkbox"/> Hasta el <input type="checkbox"/> Durante todo el tiempo que la LD del DCYF o la CPA necesiten registros			
<ul style="list-style-type: none"> • Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya entregada. • Entiendo que los registros entregados bajo este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DCYF o la CPA. • Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para entregar registros. 			
Firmas			
FIRMA		FECHA	
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE LA LD/CPA		NÚMERO DE TELÉFONO	
FIRMA DEL TRABAJADOR DE LA LD/CPA		FECHA	
NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)			