

## Sistema de Cuidados Divulgación de Información Unificada

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

Caso n.º \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Sección A1: Uso o divulgación de información de salud/educación**

Al poner mi firma en este formulario, doy mi autorización para que se divulgue la información de salud/escolar referente a mi persona que tengan las siguientes organizaciones:

- Tribunal de menores
- Departamento de Justicia para Menores
- DBHDD
- Colegios/escuelas públicos
- Proveedor para Trastornos de comportamiento
- Programa de *Family Connection*
- Departamento de Salud Pública
- Agencia de Rehabilitación Vocac. de Georgia (GVRA)
- Departamento de Servicios para Familias y Jóvenes
- Otro \_\_\_\_\_

### **Sección A2: Uso o divulgación de información de salud/educación**

Al poner mi firma en este formulario, doy mi autorización para que se divulgue la información de salud/escolar referente a mi persona que tengan las siguientes organizaciones:

- Tribunal de menores
- Departamento de Justicia para Menores
- DBHDD
- Colegios/escuelas públicos
- Proveedor para Trastornos de comportamiento
- Programa de *Family Connection*
- Departamento de Salud Pública
- Agencia de Rehabilitación Vocac. de Georgia (GVRA)
- Departamento de Servicios para Familias y Jóvenes
- Otro \_\_\_\_\_

### **Sección B: Alcance y uso de la divulgación**

La información que puede usarse o divulgarse de acuerdo a esta autorización es la siguiente (marque uno):

- Toda la información referente a mi persona, que incluye la documentación creada y recibida por el Proveedor. Si corresponde, esta información puede incluir:
  - Información referente a la identidad, diagnóstico, pronosis o tratamiento del abuso de la bebida alcohólica o droga, trastornos de la salud mental, cuestiones/necesidades escolares, cuestiones/necesidades judiciales y/o cuestiones/necesidades sociales/recreativas
  - Información referente a estudios clínicos del VIH (el Virus de la inmunodeficiencia humana) y/o el tratamiento del SIDA (el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y todas las condiciones relacionadas
  - Comunicaciones de confidencialidad privilegiada entre yo y psiquiatras, psicólogos, consejeros con licencia profesional para cuestiones matrimoniales y familias o las comunicaciones entre ellos mismos referentes a mis comunicaciones con ellos.
- Toda la información de salud referente a mi persona, de acuerdo a lo indicado en la casilla anterior, salvo lo siguiente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Información de salud específica, que incluye únicamente lo siguiente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Toda la información escolar referente a mi persona. Esta información puede incluir, si corresponde, las notas, la asistencia, la disciplina, el plan IEP, evaluación

### **Sección C: Propósito del uso o divulgación**

Se propone usar o divulgar esta información para (indique uno):

- Específicamente lo siguiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- El o la joven opta por no divulgar el propósito de la divulgación. NOTA: NO marque esta casilla si la información a divulgarse pertenece a la información que se refiere al abuso de la bebida alcohólica o droga.

### **Sección D: Vencimiento**

NOTA: Si se usa un acontecimiento específico para el vencimiento, tiene que relacionarse ese acontecimiento con el o la joven o con lo que se propone con la divulgación

Acontecimiento \_\_\_\_\_ El Consentimiento para la Divulgación de Información referente a la Salud vence a los 15 meses de la fecha de su firma, y la duración del mismo Consentimiento no debe ser más que "lo necesario, razonablemente hablando, para los propósitos para los cuales se dio el consentimiento". 42 CFR 2.31 (a)(9)

### **Sección E: Otra información importante**

1. Entiendo que las agencias del Sistema de Cuidados no pueden garantizar que la persona que reciba la información no la divulgue a terceras personas. Puede que la persona que recibe la información se someta a las leyes federales que rigen sobre la confidencialidad de la información de salud. Sin embargo, si la divulgación consiste en información referente al tratamiento proporcionado al joven o la joven en un programa del abuso de la bebida alcohólica o droga, tiene prohibida esa persona, en virtud de las leyes federales, toda divulgación adicional, a menos que se permita expresamente por el consentimiento escrito del consumidor o según lo permitan de otra forma las leyes federales que rigen sobre la confidencialidad de la documentación de pacientes referentes al abuso de la bebida alcohólica o droga (42 CFR, Sección 2).
2. Entiendo que, salvo cuando estoy recibiendo cuidados de salud únicamente con el propósito de crear información para divulgarla a terceras personas, se me permite negar de firmar esta Autorización, y que el negar de firmarlo no me afectará de forma que no pueda obtener servicios.

[Translation]

3. Entiendo que, en cualquier momento, puedo cancelar por escrito esta autorización, pero que dicha cancelación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por el Sistema de Cuidados que había dependido de esta autorización antes de recibir notificación de dicha cancelación.
4. Entiendo que, en virtud de las leyes estatales y federales, la documentación escolar es confidencial, y que al poner mi firma en esta Divulgación de Información Unificada, doy mi autorización para la divulgación de dicha documentación.

Fecha	Firma del joven o la joven
Fecha	Firma de la madre/padre/tutor de ley
Fecha	Firma de testigo (puesto/relación):

Form. aprobado 10-nov-08

## **Sistema de Cuidados**

### Instrucciones para la Divulgación de Información Unificada

**¿Quién debe evaluar la Divulgación de Información Unificada?** Antes de asumir la responsabilidad de este formulario, debe evaluarse por los abogados de todas las agencias representadas. Puede que algunas agencias (por ejemplo, el DJJ) hayan proporcionado una evaluación y aprobación que corresponde a todo el estado; los representantes de cada una de las agencias deben comprobar si éstas están en vigor en el momento en que lleguen a evaluar el formulario. Una vez que hayan evaluado y aprobado el formulario todas las agencias, estará usted preparado para usarlo.

**¿Quién debe firmar la Divulgación de Información Unificada?** La persona de la agencia principal que está a cargo del caso es la persona responsable de reunirse con el o la joven y su familia para hacer un repaso de los detalles de la Divulgación y conseguir las firmas.

**¿Cuándo debe firmarse la Divulgación de Información Unificada?** Debe conseguirse las firmas antes de que se ponga el o la joven en el orden del día del equipo LIPT (Equipo de Planificación Local Entre Agencias).

**¿En qué lugar debe guardarse la Divulgación de Información Unificada?** Debe incluirse en el expediente del caso del joven o la joven, y así mantenerse en el expediente que guarda la persona encargada del equipo LIPT.

**¿Cuáles son las directivas que deben seguirse al completar la Divulgación de Información Unificada?** Uno de los padres puede optar por no incluir a ciertas agencias en las conversaciones referentes al joven o la joven, y se les permite indicar esto al marcar las casillas A1 y A2, que están cerca de la parte superior del formulario.