Información de salud confidencial
Acuerdo de consentimiento o revocación
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Nombre del cliente en letra de molde	Fecha de nacimiento del cliente

Usted ha sido remitido al programa de Promoción del Bienestar (FWB, por sus siglas en inglés) para que nuestro programa pueda ayudarles a usted y a otras personas involucradas en su cuidado a entender sus necesidades médicas. Mientras está en una colocación fuera de su hogar, es importante que sus proveedores de servicios de salud y otras personas que participan en su cuidado puedan comunicarse entre sí para coordinar sus servicios de salud. En ocasiones sus registros médicos pueden estar en un sistema informático o impresos, y pueden incluir información acerca de:

- Servicios de planificación familiar, como control de natalidad y aborto;
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), que son infecciones o enfermedades que puede contraer por tener contactos sexuales, antes conocidas como "enfermedades de transmisión sexual (ETS)" así como VIH/sida; o
- Medicamentos y servicios para salud mental/conductual; o
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias

Ya que estos tipos de información confidencial son privados, los socios que tienen su información confidencial no pueden proporcionarla a otras personas, a menos que usted lo apruebe o que la ley del estado de Washington diga que pueden entregar la información confidencial a otras personas.

Si usted no firma este formulario aún podrá recibir servicios del programa FWB. **A todos los jóvenes de más de 13 años de edad que sean remitidos a nuestro programa se les preguntará si quieren firmar este formulario, sin importar si el tipo de información confidencial al que se refiere este formulario es aplicable a usted.**

Al firmar este consentimiento, acepto que las personas que he identificado en este formulario tienen permiso de ver mi información privada confidencial. Pueden dialogar entre sí para ayudarme a administrar mi atención médica. Mi información confidencial puede incluir registros referentes a enfermedades o lesiones que padezco ahora o que he padecido en el pasado. Los registros pueden incluir resultados de pruebas (como radiografías y pruebas de sangre), medicamentos que tomo ahora o que he tomado en el pasado, y registros de visitas a hospitales, consultorios de proveedores u otras clínicas y centros.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento si firmo este formulario y lo entrego a mi trabajador social o al programa FWB. Esto no afectará la información que ya haya sido entregada.

Sección 1:

Acepto permitir que el programa FWB intercambie mi información confidencial abajo indicada con mis proveedores y profesionales clínicos, incluido mi trabajador social del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés) o a mi trabajador social tribal, así como a mi cuidador actual y a mis padres biológicos.

☐ Todos mis registros de cliente, incluyendo, entre otros, los registros médicos, de salud reproductiva (es decir, control de la natalidad, embarazos y abortos), resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos relacionados con VIH/sida y ETS/ITS (RCW 70.02.220), registros de salud mental (RCW 70.02.230) y registros de trastornos de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2).

O (si no se contestó la sección 1, conteste ambas partes de la sección 2)

Información de salud confidencial
Acuerdo de consentimiento o revocación
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Sección 2: (Debe contestar tanto la sección 2A como la 2B)

2A. **Acepto** permitir que el programa FWB intercambie la información referente a mi salud indicada a continuación solamente con los proveedores y socios indicados a continuación:

- ☐ Resultados de pruebas, diagnósticos o tratamientos para VIH/sida y ETS/ITS (RCW 70.02.220)
- ☐ Salud reproductiva (servicios de planificación familiar como control de natalidad y aborto)
- ☐ Registros de salud mental (RCW 70.02.230)
- ☐ Registros de trastornos de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)

2B. Proveedores y socios a los que el programa FWB puede entregar sus registros (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Proveedores médicos
- ☐ Trabajador social actual del DCYF o tribal
- ☐ Proveedores de servicios de salud reproductiva
- ☐ Cuidador actual / Padre o madre de cuidado de crianza / Cuidador familiar
- ☐ Profesionales clínicos
- ☐ Padres biológicos (indique los nombres y apellidos):
- ☐ Otros (indicar):

También **acepto** que los socios que figuran en este formulario pueden intercambiar mi información confidencial entre sí, y que no pueden intercambiarla con aquellos que no figuran en este formulario. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al **marcar la siguiente casilla (usando un nuevo formulario DSHS 10-489), firmarlo** y entregárselo a mi trabajador social o al programa FWB. Esto no afectará la información que ya haya sido entregada. Iniciales: _____

A menos que yo la haya retirado anteriormente, la información específica anterior solamente es válida hasta que yo deje de estar en cuidado de crianza o hasta el día _____.
Fecha de vencimiento

☐ Retiro mi consentimiento. Por favor rellene la siguiente sección de firmas.

Firma del cliente o del representante legal del cliente	Fecha

Nombre del representante legal en letra de molde	Relación del representante legal con el cliente

Aviso a los destinatarios: Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las leyes federales de confidencialidad, 42 CFR, Parte 2. Las leyes federales le prohíben divulgar esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece, o bien que esté permitida por 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **no** es suficiente para este propósito.