

## Información médica confidencial Acuerdo de consentimiento Confidential Health Information Consent Agreement

NOMBRE DEL CLIENTE EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE

Usted ha sido referido 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 esté en una colocación fuera del hogar es importante que sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su cuidado sean capaces de comunicarse entre sí para coordinar su atención médica. A veces, sus registros médicos pueden estar en un sistema informático o por escrito, y pueden incluir información sobre:

- Servicios de planificación familiar, como control de natalidad y aborto;
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) que puede contraer al tener relaciones sexuales, antes conocidas como “Enfermedades de transmisión sexual (ETS)” y VIH/sida;
- Medicamentos y servicios para salud mental;
- Servicios de dependencia de sustancias químicas.

Ya que estos tipos de información médica son privados, los socios que tienen su información médica no pueden proporcionar dicha información a otras personas a menos que usted lo apruebe o que la ley del Estado de Washington diga que pueden darle información a otras personas.

Si usted no firma este formulario, usted aún podrá obtener los servicios del programa FWB. **A todos los jóvenes de más de 13 años remitidos a nuestro programa se les preguntará si quieren firmar este formulario, sin importar si el tipo de información médica en este formulario aplica para usted.**

Al firmar este consentimiento expreso que estoy de acuerdo en que las personas a las que he identificado en este formulario tienen permiso para ver mi información médica confidencial privada. Pueden consultarse unos a otros para ayudarme a manejar el cuidado de mi salud. Mi información médica confidencial puede incluir registros referentes a enfermedades o lesiones que sufro ahora o que sufrí en el pasado. Los registros pueden incluir resultados de exámenes (como radiografías y análisis de sangre), medicamentos que tomo o que tomé en el pasado, y registros de visitas a hospitales, consultorios de proveedores, u otras clínicas e instituciones.

### Sección 1:

ACEPTO dejar que el programa FWB reciba y comparta mi información médica marcada a continuación mis proveedores de servicios de salud y salud mental, incluyendo a mi trabajador social del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) o mi trabajador social tribal, mi cuidador actual y mis padres biológicos:

- Todos mis registros como cliente, incluyendo, entre otros, los de salud reproductiva (es decir, control natal, embarazos y abortos), registros de resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/sida y ETS/ITS, (RCW 70.02.20), registros de salud mental (RCW 70.02.230), y registros de dependencia a sustancias químicas (CD, por sus siglas en inglés) (42 CFR Parte 2).

(si no se llenó la sección 1, llene ambas partes de la sección 2 a continuación)

**Sección 2: (debe llenar las secciones 2A y 2B)**

2A. ACEPTO dejar que el programa FWB reciba y comparta la información sobre mi salud marcada a continuación solamente con los proveedores y socios marcados a continuación.

- Resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de 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 dependencia a sustancias químicas (CD, por sus siglas en inglés) (42 CFR Parte 2)

**2B. Proveedores/socios con los que el programa FWB puede compartir sus registros (marque todos los que correspondan):**

- Proveedores médicos  Trabajador social del DCYF o tribal
- Proveedores de salud reproductiva
- Cuidador actual / Padres de cuidado de crianza / Cuidador familiar
- Proveedores de salud mental
- Padres biológicos (escriba nombres y apellidos):
- Otros (describa):

También ACEPTO que los socios que figuran en este formulario puedan compartir mi información médica entre sí, y que no pueden compartirla con aquellos que no figuran en este formulario. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al firmar un Retiro de Consentimiento y dárselo a mi Trabajador Social o al FWB. Esto no afectará la información ya compartida. Iniciales: \_\_\_\_\_

A menos que lo haya revocado previamente, la información específica anterior es válida hasta que  yo ya no esté en cuidado temporal o hasta \_\_\_\_\_  
FECHA DE EXPIRACIÓN

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 reglas federales de confidencialidad, Código de Regulaciones Federales (CFR) 42, Parte 2. Las reglas federales prohíben que usted divulgue esta información a otros, a menos que dicha divulgación sea permitida explícitamente por un consentimiento escrito de la persona a la que se refiere, o en los otros casos en los que lo permita 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información, médica o de otros tipos, **NO** es suficiente para estos fines.