

Información médica confidencial Acuerdo de consentimiento Confidential Health Information Consent Agreement

Usted ha sido referido al programa de Cuidado del Bienestar Temporal (FWB, por sus siglas en inglés) para que nuestra unidad pueda ayudar 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 hablar entre sí sobre su atención médica. A veces, sus registros médicos pueden incluir información sobre:

- Servicios de planificación familiar, como control de natalidad y aborto;
- VIH/SIDA; y /o
- Enfermedades de transmisión sexual (enfermedades que puede adquirir al tener relaciones sexuales);
- 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. Esto aplica si su información de salud está en un sistema informático o en papel.

Al firmar este consentimiento, acepto que las personas que he identificado en este formulario tienen permiso de ver mi información médica privada confidencial y pueden dialogar entre sí para ayudarme a administrar mi atención médica. Esta información médica puede ser anterior y posterior a la fecha en la que firmó este formulario. Sus registros médicos pueden tener información sobre enfermedades o lesiones que tiene o puede haber tenido antes; resultados de pruebas, tales como radiografías o análisis de sangre; y los medicamentos que está tomando o ha tomado antes.

Si usted no firma este formulario, usted aún podrá obtener los servicios del Bienestar Temporal. **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 y que pueden consultarse unos a otros para ayudarme a manejar el cuidado de mi salud. Esta información de salud puede corresponder a antes y/o después de la fecha en la que firme este formulario. Mis registros de salud pueden tener información referente a enfermedades o lesiones que sufro ahora o que pueda haber sufrido en el pasado, tales como: resultados de exámenes (que podrían incluir radiografías y análisis de sangre), y los medicamentos que tomo ahora o que pueda haber tomado en el pasado.

ACEPTO dejar que FWB reciba y comparta la información médica marcada a continuación con los socios que se enumeran en este formulario:

- Todos mis registros como cliente, incluyendo los de salud reproductiva (es decir, control natal, embarazos y abortos), registros de resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual (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).

O sólo los siguientes registros (marcar todos los que apliquen):

- 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)
- Otros (indicar): _____

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

NOMBRE DEL CLIENTE EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE

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

ENUMERE LOS NOMBRES DE LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES	FECHA	INICIALES DEL CLIENTE
, Trabajador social del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias		
, Padres sustitutos		
, Proveedor de atención primaria		
, Organización de atención administrada		
, Coordinador de Atención Médica en el Hogar		
, Trabajador social/director tribal		

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.