Entiendo que mi familia participará en un proceso de planificación de servicios entre agencias según las disposiciones de Children’s Services Act (Ley de Servicios para los Menores (CSA)) VA §2.2-5200. La CSA busca ofrecer servicios de alta calidad, centrados en los menores y enfocados en las familias, a costos económicos, en la comunidad para jóvenes con necesidades específicas y sus familias. Al firmar este formulario, doy permiso para que las agencias intercambien cierta información sobre mi hijo/a y mi familia para que ellas puedan trabajar juntas y así ofrecer y coordinar estos servicios o beneficios. Toda la información sobre los menores y las familias que los miembros del equipo obtengan para cumplir con sus responsabilidades es confidencial.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR** escriba el nombre del cliente menor de edad. | **FECHA DE NACIMIENTO:** *escriba la fecha* |
| **DIRECCIÓN:** escriba el texto. | **CORREO ELECTRÓNICO:** escriba el texto. |
| **NOMBRE(S) COMPLETO(S) Y FECHA(S) DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN SERVICIOS DE CSA:*****\*Tenga en cuenta que esto NO constituye divulgación de información para los niños a continuación; Esta información es solo para referencia de CSA.*** |
| NOMBRE:escriba el texto. | FECHA DE NACIMIENTO: escriba la fecha |
| NOMBRE:escriba el texto. | FECHA DE NACIMIENTO: escriba la fecha |
| NOMBRE:escriba el texto. | FECHA DE NACIMIENTO: escriba la fecha |
| NOMBRE:escriba el texto. | FECHA DE NACIMIENTO: escriba la fecha |
| NOMBRE:escriba el texto. | FECHA DE NACIMIENTO: escriba la fecha |
| NOMBRE:escriba el texto. | FECHA DE NACIMIENTO: escriba la fecha |
| **Autorizo a las siguientes organizaciones o persona(s) a realizar el intercambio** |
| - Equipos multidisciplinarios de planificación de servicios (FRM/FPM) | - Dpto. de Servicios de Familia del condado de Fairfax  | - Tribunal de distrito de Menores y Relaciones Domésticas de Fairfax |
| - Equipo de planificación y evaluación de la familia (FAPT) | - Dpto. de Salud del condado de Fairfax (HD) | - Oficina de Servicios para Menores de VA (OCS/CSA)  |
| - Equipo de administración y política comunitaria (CPMT) | - Escuelas Públicas del Condado de Fairfax | - Dpto. de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo (DBHDS) |
| - Junta de Servicios Comunitarios de Fairfax-Falls Church (CSB) | - Escuelas Públicas de la Ciudad de Falls Church  | - CSA en la localidad donde el cliente se reubica (si corresponde) |
| - Otro **(incluya el nombre de los proveedores):** escriba el texto. |
| [ ]  **TODA la información indicada abajo O** [ ]  **SOLO la información marcada abajo** |
| [ ]  Registro de tratamiento por uso de sustancias (título 42, parte 2, del CFR) | [ ]  Expedientes de la justicia juvenil[ ]  Información financiera | [ ]  Registros académicos [ ]  Expedientes de Servicios Sociales |
| [ ]  Historias clínicas | [ ]  Registros de beneficios federales/estatales | [ ]  Otro escriba el texto. |
| [ ]  Registros de salud mental |  |  |
|  |
| - Para servicios, tratamiento, pago y operaciones de atención médica; y- Para responder a auditorías locales, estatales o federales, o requisitos de presentación de informes; y- La siguiente finalidad (debe ser específica): *escriba el texto.* |

**Divulgación posterior:**

|  |
| --- |
| * Si estos registros están protegidos por las Reglamentaciones Federales de Confidencialidad sobre el Uso de Sustancias (título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales (CFR)), entiendo que está prohibida la divulgación adicional de la información sobre el trastorno por uso de sustancias divulgada basada en esta autorización, y esta información no podrá utilizarse para investigar o juzgar penalmente a pacientes con trastornos por uso de sustancias, a menos que el título 42, parte 2, del CFR permita lo contrario.
* Si estos registros no están protegidos por el título 42, parte 2, del CFR, entiendo que la información utilizada o divulgada basada en esta autorización podría estar sujeta a una divulgación posterior y dejará de estar protegida por las reglamentaciones federales de la Ley HIPAA.
 |

**Entiendo que:**

* Puedo anular esta autorización en cualquier momento al notificar a la agencia que hace la remisión, salvo en la medida que una entidad ya haya actuado en base a ella.
* Tengo derecho a saber qué información se ha compartido sobre mí, y con quién se ha compartido.
* La CSB y el HD no podrán condicionar su tratamiento, el pago o la elegibilidad para recibir los beneficios al hecho de si firmo o no esta autorización.
* La ley de Virginia exige que, para recibir financiación de CSA para los servicios, las agencias que hacen la remisión divulguen los servicios, el tratamiento o los registros académicos al FAPT para que se realice una evaluación completa e informada, y la ley de Virginia exige que se proporcione cierta información a la OCS y al DBHDS.
* Las entidades que divulguen información sobre trastornos por uso de sustancias basadas en esta autorización deben compartir la información mínima y necesaria para alcanzar la finalidad de la divulgación.
* Otorgo esta autorización por mi propia y libre voluntad. Me han entregado una copia de esta autorización o se ha incluido una copia en mi expediente.

|  |  |
| --- | --- |
| ***FIRMA DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO:******\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |  ***Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| Nombre de la persona que explica el formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Esta autorización estará vigente desde la fecha de la firma** **incluida arriba hasta que el menor cumpla 18 años de edad, *O* hasta que finalice la participación del cliente en los servicios de CSA, lo que ocurra primero; *O* hasta** *escriba la fecha*\*\*Todos los términos en mayúsculas incluidos en el formulario son aquellos que se definen en la Ley HIPAA; el título 42, parte 2, del CFR, y la Ley de Servicios para los Menores. |

**Instrucciones para completar el consentimiento para el intercambio de información confidencial**

Este formulario es obligatorio para cualquier joven, miembro de la familia o tutor/curador que solicite los servicios de CSA. Debe completarse en su totalidad con precisión. Los administradores del caso deben explicar el formulario para obtener el consentimiento informado.

* **Nombre completo del padre/tutor:** Escriba en letra de molde el nombre del padre/tutor que solicita los servicios de CSA.
* **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento.
* **Correo electrónico:** Escriba en letra de molde la dirección de correo electrónico del padre/la madre o tutor. CSA podría usar la dirección de correo electrónico para comunicarse con el padre/madre/tutor a través de una carta de bienvenida o para solicitar información general a través de encuestas.
* **Nombre(s)/fecha de nacimiento de los niños que reciben servicios de CSA:** ingrese el nombre y la fecha de nacimiento de los niños bajo su cuidado que reciben servicios de CSA.
* **Otros proveedores de servicios o agencias:** Cualquier otro proveedor o persona que no esté incluida en el párrafo que enumera a las agencias que intercambiarán información deberá escribirse en esta línea.
* **Verifique la información que se intercambiará:** La persona que da el consentimiento debe verificar que da el consentimiento para intercambiar toda la información o bien solo la información marcada. Si marca la última opción, también debe marcar las casillas correspondientes a continuación. El administrador del caso deberá explicar que si no se marca cierta información, podría prohibirse que la familia reciba los servicios de CSA en esa área de servicios.
* **Otra información:** Esta línea puede usarse para incluir cualquier información que deba intercambiarse y que no está incluida en la casilla anterior.
* **Finalidades:** Cualquier finalidad adicional para el intercambio de la información debe indicarse aquí.
* **Firma:** El padre/la madre o el tutor legal debe firmar y escribir la fecha en esta línea.
* **Persona que explica el formulario:** El nombre del administrador del caso debe incluirse aquí.
* **Fecha de vencimiento:** El consentimiento será válido hasta que se suspendan los servicios de CSA, a menos que se ingrese una fecha de finalización.

*\*****ATENCIÓN****: Puede rescindir su consentimiento enviando una solicitud por escrito a* *DFSCSA@fairfaxcounty.gov* *para anular este consentimiento. Rescindir su consentimiento cancelará automáticamente todos los fondos de CSA.*

La página 2 es solo informativa. Envíe únicamente la página 1.