

## Información médica confidencial Concesión o retiro de consentimiento

### 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 que puede contraer por tener relaciones sexuales, antes conocidas como "enfermedades de transmisión sexual (ETS)" así como VIH/sida; o
- Medicamentos y servicios para salud mental;
- Servicios de dependencia a 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 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 médica en 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 médica privada confidencial. Pueden dialogar entre sí para ayudarme a administrar mi atención médica. Mi información médica 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 ya compartida.

#### Sección 1:

ACEPTO que el programa FWB reciba y entregue mi información médica abajo indicada a mis proveedores de servicios de salud y de salud mental, incluyendo a mi trabajador social del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés) y mi trabajador social tribal, mi cuidador presente y 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) y 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 dependencia a sustancias químicas (42 CFR Parte 2).

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

## Información médica confidencial Concesión o retiro de consentimiento 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 reciba y entregue la información referente a mi salud indicada a continuación solamente a 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 dependencia a sustancias químicas (42 CFR Parte 2)

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

- Proveedores médicos
- Proveedor de salud reproductiva
- Proveedores de salud mental
- Padre(s) biológicos (escribir nombres y apellidos):
- Otros (indicar):
- Trabajador social presente del DCYF o tribal
- Cuidador / padre o madre de cuidado de crianza / Cuidador familiar

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 **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 ya compartida. 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 llene 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, Código 42 de Regulaciones Federales (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, por otro lado, que esté permitido por el CFR 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otro tipo de información, **NO** es suficiente para este propósito.