STATE OF RHODE ISLAND

DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo al Rhode Island Department of Children, Youth and Families (Departamento de niños, jóvenes y familias) a:

OBTENER DE: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La siguiente información que se encuentre en los archivos relacionados con los servicios proporcionados en o alrededor de: (Fecha de comienzo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha de finalización) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor indique la información apropiada que se divulgará:

 reseña de la dada de baja  financiera tratamiento de la adicción al alcohol o drogas

 evaluación siquiátrica  vivienda  datos de laboratorio

 apuntes de investigación / progreso educacional datos sobre el VIH / SIDA

 plan del caso / tratamiento pruebas sicológicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 médica  otro tipo de información (sea preciso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La información se puede dar a conocer vía: (*señale todo lo que corresponda*)

 fax  materiales escritos  correo electrónico teléfono  contacto directo  otra vía (sea preciso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta información se necesita para el o los siguientes propósitos:

 Una investigación / estudio del caso  Los servicios en curso  Otros propósitos (sea preciso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Entiendo que mis archivos se administran según las leyes generales de RI y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, excepto cuando la ley específicamente así lo indique. También entiendo que, si mis archivos contienen información sobre la adicción al alcohol o drogas, o sobre las pruebas para el VIH / (SIDA), además están administrados por el Reglamento Federal 42 CFR Parte 2, de la Confidencialidad sobre la adicción al alcohol y drogas, y el capítulo 88-405, artículo 23 del derecho público de RI.

 Eximo, al Rhode Island Department of Children, Youth and Families (DCYF) y, a sus empleados, de cualquier responsabilidad que surja de la divulgación a las personas u agencies, siempre y cuando dicha divulgación fundamentalmente se haga conforme a las leyes pertinentes.

 Este consentimiento tendrá una validez de no más de un (1) año desde la fecha indicada en este formulario. Entiendo que puedo revocar mi autorización (por escrito a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) en cualquier momento, excepto en el caso en que la acción tomada se hubiera llevado a cabo dependiendo de la autorización.

Entiendo que la autorización para divulgar esta información sobre la salud, se hace en forma voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para poder recibir servicios de parte del DCYF. Entiendo que puedo revisar u obtener información para ser usada o divulgada como se estipula en el CFR 164.524. Entiendo que, cualquier divulgación de la información, conlleva la posibilidad de que se la vuelva a divulgar sin estar eso autorizado y que no estuviera protegida por las reglas de la confidencialidad.

Leí y entendí lo expuesto arriba, y voluntariamente accedo a darle a conocer a las personas u agencias nombradas anteriormente, la información antes indicada (incluyendo los archivos con los resultados de las pruebas del VIH y de la adicción al alcohol y drogas, si se los marcó más arriba).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente / tutor / padre / madre Parentesco o relación con el cliente Fecha de la firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Fecha de la firma