



Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte | División de Servicios Sociales
Consentimiento para Divulgar Información Confidencial

Sí son varias las agencias o partes que recibirán esta información, especifique abajo cada una de ellas.

Yo, _____, autorizo a

_____ El dar la siguiente información a
(Proveedor de servicios que tiene la información confidencial)

_____ Departamento de Servicios Sociales

(Nombre del condado)

_____ Distrito Judicial

(Numero de Corte de Distrito)

_____ Programa de Guardián ad Litem

(Numero de Corte de Distrito)

(Otro: Liste la agencia o persona o relación existente)

La siguiente información:

(El cliente escribe sus iniciales en cada aspecto que se aplique)

_____ Mi nombre y otra información personal que me identifique

_____ Todos los expedientes médicos

_____ Expedientes de abusos de sustancias, incluyendo tratamiento y diagnosis;

_____ Expediente de salud mental, incluyendo tratamiento y diagnosis;

_____ Evaluaciones _____ (especifique el tipo sí es necesario);

_____ Fechas en que se recibieron los servicios;

_____ Recomendaciones de tratamiento;

_____ Notas de progreso;

_____ Progreso y cumplimiento con el tratamiento;

_____ Asistencia;

_____ Fecha en que fue dado de alta y estatus;

_____ Plan para ser dado de alta;

_____ Todos los expedientes educativos, incluyendo los cubiertos por FERPA (Acta de Privacidad y Derechos Familiares en Educación);

_____ Otro: _____

Esta información confidencial en otros aspectos, será usada con los siguientes propósitos:
(El cliente debe de escribir sus iniciales en cada categoría aplicable)

- _____ Monitorear el progreso en el tratamiento;
 - _____ Proporcionar servicios adecuados y referencias para mi;
 - _____ Proporcionar servicios adecuados y referencias para mi familia;
 - _____ Mantener informado al Equipo de Niño y Familia de mi progreso en el tratamiento;
 - _____ Mantener informada a la Corte Juvenil de mi progreso en el tratamiento;
 - _____ Otro: _____
-

Cientes de Abuso de Substancias: Entiendo que mi información esta protegida por los reglamentos federales de [Confidencialidad de los Expedientes de Abuso de Drogas y Alcohol, 42 CFR Parte 2](#), y que no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se especifique de otra manera el los reglamentos. También entiendo que a excepción de la acción tomada, puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo que deseé.

Cientes de Salud Mental: Entiendo los contenidos que pueden ser divulgados, la necesidad de esta información y que hay estatutos y regulaciones que protegen la confidencialidad de la información autorizada. También entiendo que a excepción de la acción tomada, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento que deseé.

Información de Salud Protegida:

Entiendo que mi información de salud esta protegida por el [Acta de Portabilidad de Seguros de Salud y Responsabilidad de 1996 \(HIPAA\), 45 C.F.R. pts 160 & 164](#), pero que una vez que esta información es divulgada de acuerdo a lo establecido en esta forma, puede ser que ya no este protegida por HIPAA y que pudiera haber mas divulgación posteriormente. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, con excepción de la acción tomada de acuerdo a lo estipulado por este consentimiento.

Entiendo que en general el/la _____
(Nombre del Programa de Tratamiento)

No condicionará mi tratamiento dependiendo de sí firmo o no esta forma de consentimiento, pero que en ciertas circunstancias se me podría negar el tratamiento sí no firmo esta forma.

Sí no revoco este consentimiento, el mismo expirará automáticamente de la siguiente manera:

1. Cuando se cierre mi caso de Servicios de Protección al Menor/Servicios en Casa/Servicios Fuera de Casa; o
2. Después de un año de la fecha de la firma, o lo que ocurra primero.

Fecha de firma

Firma del cliente

Fecha de firma

Persona legalmente responsable

_____ El cliente ha recibido una copia de esta forma de consentimiento.