



Unidad de Resolución Interagencias del Consejo sobre Niños y Familias: Consentimiento (autorización) para compartir información confidencial

La Unidad de Resolución Interagencias (IRU) del Consejo sobre Niños y Familias (CCF) ayuda a facilitar que niños y jóvenes que puedan necesitar servicios de distintos sistemas identifiquen y accedan a los servicios comunitarios o residenciales más apropiados.

Propósito/necesidad de información: Se solicita permiso para que la IRU del CCF pueda obtener y compartir la información de niños/jóvenes que tengan una remisión a la IRU del CCF para coordinar y facilitar el acceso a los servicios necesarios.¹ El permiso puede obtenerse del padre/madre/tutor/representante legal autorizado del niño/joven remitido O del joven remitido si es mayor de 18 años.²

Nombre del niño/joven remitido a la IRU del CCF:	Fecha de nacimiento:
Padre/madre/tutor/representante legal autorizado (si el joven es menor de 18 años):	
Dirección:	Teléfono:
	Correo electrónico:

Instrucciones: En la sección 1 se explica este formulario de consentimiento. En la sección 2 se pide permiso para compartir la información médica del niño/joven remitido con las agencias y organizaciones identificadas. En la sección 3 se pide permiso para compartir información sobre la educación y los servicios humanos del niño/joven remitido con las agencias y organizaciones identificadas.

Sección 1: Entiendo y acepto:

- La firma de este consentimiento (autorización) es voluntaria.
- La denegación del consentimiento no afectará la elegibilidad para los servicios/tratamientos, pero puede impedir que la IRU del CCF identifique y facilite el acceso a los servicios para el niño/joven remitido.
- La información debe usarse, revelarse o revelarse nuevamente solo para un propósito autorizado.
- Con algunas excepciones, una vez revelada la información médica, puede revelarse nuevamente según las reglamentaciones de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).
- La información puede compartirse sin permiso si la seguridad del niño/joven/ familia o de otra persona está en peligro, o por motivos legales, por ejemplo, si la información es necesaria para prevenir o esclarecer un crimen.
- La información puede compartirse de manera agregada (no identificable) para ayudar a fundamentar políticas/servicios estatales, y este uso limitado no terminará a menos que se cancele por escrito (por correo electrónico a centralizedintake@ccf.ny.gov o por correo postal a **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**).
- Tengo derecho a cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento (por correo electrónico a centralizedintake@ccf.ny.gov o por correo postal a **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**). La revocación no tendrá efecto sobre la información revelada mientras la autorización estaba vigente.
- Tengo el derecho a revisar y copiar la información que se usará/revelará.

¹ En la sección 483-b de la Ley de Servicios Sociales del NYS se autoriza al CCF a apoyar a los niños para que reciban los servicios más apropiados trabajando junto a agencias de salud, educación y servicios humanos del NYS. La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) (42 CFR, parte 2) rige la revelación de registros de consumo de drogas y alcohol para la coordinación de la atención y la prestación de servicios. La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y sus respectivas reglamentaciones rigen la revelación de los registros educativos.

² El joven también debe firmar el formulario si es menor de 18 años y cursa un embarazo, está casado o es padre/madre.

Sección 2: Consentimiento para compartir información médica

DOCUMENTOS	
Registros de salud mental	Evaluación funcional
Evaluaciones/pruebas psiquiátricas	Evaluación del coeficiente intelectual
Registros médicos	Resumen del alta/registros de tratamientos
Evaluaciones del habla y del lenguaje	Diagnósticos
Registros sobre el consumo de sustancias	Lista de medicamentos (pasados y actuales)
Paquete de remisión C-SPOA	Información económica o del seguro
Otro (especifique):	
AGENCIAS/ORGANIZACIONES	
Proveedores de atención médica/hospitales:	
Proveedores de salud mental:	
Administradores de atención/coordinadores/hogares médicos (incluyendo organizaciones de coordinación de la atención y hogares médicos que asisten a niños)	
Unidades locales del gobierno (incluyendo los departamentos de salud mental/higiene/salud del condado)	
Agencias del NYS (incluyendo el Departamento de Salud [Department of Health], la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo y la Oficina de Servicios para Adicciones y Apoyo)	
Otra (especifique):	

Doy mi permiso para que la IRU del CCF obtenga y comparta los documentos de arriba con las agencias y organizaciones que se mencionan arriba.

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Si no quiere que se obtenga información del niño/joven de determinados documentos o agencias/organizaciones, o no quiere que la información se comparta con determinadas agencias/organizaciones, especifique en el recuadro de abajo.

--

Sección 3: Consentimiento para compartir información sobre la educación y los servicios humanos

DOCUMENTOS	
Registros de la escuela	Antecedentes de colocaciones actuales y pasadas
Remisión del CSE a escuelas residenciales	Informe de investigación previo a la sentencia
Remisión del DSS a un RTC/QRTP	Ordenes del tribunal de familia/otros tribunales
Otro (especifique):	

AGENCIAS/ORGANIZACIONES
Agencias de educación. Especifique los distritos escolares:
Distritos de servicios sociales. Especifique los condados:
Unidades locales del gobierno
Agencias del NYS (incluyendo el Departamento de Educación del Estado [State Education Department] y la Oficina de Servicios para Niños y Familias)
Otra (especifique):

Doy mi permiso para que la IRU del CCF obtenga y comparta los documentos de arriba con las agencias y organizaciones que se mencionan arriba.

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Si no quiere que se obtenga información del niño/joven de determinados documentos o agencias/organizaciones, o no quiere que la información se comparta con determinadas agencias/organizaciones, especifique en el recuadro de abajo.

--

¿Cuándo expirará esta autorización? (Marque una opción)

<input type="checkbox"/>	Cuando el niño/joven ya no reciba asistencia de la IRU del CCF.
<input type="checkbox"/>	Cuando haya pasado un año desde la fecha de la firma de abajo.
<input type="checkbox"/>	Otra (especifique):
<p><u>Excepción:</u> La autorización para usar los datos del niño/joven de manera agregada (no identificable) <u>no</u> expirará a menos que se cancele por escrito (por correo electrónico a centralizedintake@ccf.ny.gov o por correo postal a CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144).</p>	

Reconozco que he leído y comprendido esta autorización.

Firma del padre/madre/tutor/representante legal autorizado o del joven si es mayor de 18 años
Nombre en letra de molde
Relación con el niño/joven
Fecha