

Autorización de uso y/o divulgación de información educativa, médica confidencial o penal para Wraparound Oregon

1. Autorizo por este medio a los siguientes proveedores a usar y a divulgar cualquier información educativa, médica confidencial y/o penal acerca de mi hijo(a).

(Nombre del menor)

(Fecha de nacimiento)

(Familia/Tutor)

Wraparound Oregon Comité de admisión (Intake Committee)

(Nombre del Comité de Referimiento)

Nombre y dirección del proveedor o agencia de referimiento autorizados a:

Nombre y dirección del contacto de WO autorizado a:

- Transmitir/divulgar información confidencial educativa, médica y/o penal
- _____
- _____
- _____

- Recibir/utilizar información médica confidencial, de los servicios sociales y/o penales
 - Recibir/utilizar información educativa confidencial
- _____
- _____
- _____

- 2. Representantes de las siguientes instituciones son miembros del Comité de Admisiones de WO (WO Intake Committee):**
- Multnomah Education Service District, WO staff member;
 - Multnomah Early Intervention/Early Childhood Special Education staff member
 - Morrison Center
 - Family Advisory Council Member
 - Multnomah County Department of Community Justice

- Department of Human Services/Child Welfare staff member
- Multnomah County Mental Health staff member
- WO Care Coordinator Supervisors del Albertina Kerr Center
- Padre o madre Interesado/Facilitador
- Portland State University Regional Research Institute
- Oregon Youth Authority
- Otros (señalados):

3. Tengo entendido que esta información será utilizada con el siguiente propósito:

- Determinar la elegibilidad para participar en Wraparound Oregon
- Planificación en curso de un caso después de determinarse su elegibilidad

- Ninguna información será compartida por el Comité de Referimientos si no cuenta con el consentimiento firmado para su discusión y divulgación

4. Al marcar las casillas siguientes, autorizo el uso y divulgación de los siguientes expedientes médicos y/o educativos:

- Certificado médico de elegibilidad:
- Evaluación sanitaria
- Información prenatal
- Documento de plan de servicios familiares personalizados (IFSP) o de educación personalizada (IEP)
- MCO Community Justice Records (Expedientes judiciales comunitarios MCO)

- Información relacionada con enfermedades infecciosas
- Informe de progreso
- Expedientes clínicos
- Problemas adicionales frente a la familia

- Evaluaciones y conclusiones psicológicas
- Informes de trabajo social, incluyendo planes para el menor
- Situación actual del menor en cuanto a vivienda
- Plan de caso de OYA
- Otro: _____

5. Al firmar espacios a continuación, autorizo el uso o divulgación de la siguiente información, siempre y cuando sea identificada específicamente por la fuente:

- ___ Información solicitada relacionada con la salud mental: _____
- ___ Información solicitada relacionada con la primera infancia: _____
- ___ Información acerca del plan de tratamiento del DHS/Child Welfare: _____
- ___ Información médica adicional: _____
- ___ Información de servicios sociales adicional: _____
- ___ Plan de caso de OYA: _____
- ___ Plan comunitario de justicia: _____

6. Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria y podré negarme a firmarla sin afectar la calidad de la asistencia médica de mi hijo(a) o su elegibilidad para recibir los servicios que actualmente recibe.
- Tendré derecho a solicitar una copia de esta planilla después de firmarla, así como a inspeccionar o copiar cualquier información a usarse o divulgarse en virtud de esta autorización (cuando ello sea permitido por las leyes estatales y federales. Ver 45 CFR § 164.524).
- Podré revocar esta autorización en cualquier momento notificando a _____, por escrito. Sin embargo, ello no afectará ninguna acción tomada antes de recibir la revocación, o cualquier acción tomada sobre la base de información anteriormente compartida.
- Las normas federales de protección de la información médica confidencial se aplican sólo a los planes o seguros de salud, a las cámaras de compensación o a los proveedores de servicios de salud. De yo autorizar la divulgación de información médica a otras agencias o personas, la información divulgada dejará de ser protegida por las normas federales de protección de la privacidad.
- Las normas de protección de la información educativa se aplicarán sólo a las escuelas y programas de educación especial (EI/ECSE). De yo autorizar la divulgación de información educativa a otras agencias o personas, la información divulgada dejará de ser protegida por las normas federales de protección de la privacidad.

7. Autorizo el uso y divulgación de la información anterior. Entiendo que el uso de esta información por razones fuera de las anteriormente señaladas está prohibido. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento, salvo en los casos en que se hayan iniciado acciones o procedimientos amparados en información ya divulgada o de público dominio.

(Firma del padre o la madre, del tutor legal, del estudiante o menor)

(Relación o parentesco)

(Fecha) (Vencimiento – 1 año a partir de la

fecha de la firma

Propósito de la planilla:

- Facilitar la transmisión de información por parte de las agencias de referimiento al Comité de Admisiones de WO (WO Intake Committee).
- Esta planilla debe ser usada cuando haya necesidad de obtener el consentimiento de uno de los padres, un tutor legal o estudiante o menor, a fin de permitir a la agencia de referimiento:
 - Transmitir/divulgar información médica confidencial, relacionada con el bienestar de un menor, o educativa, de las autoridades penales, y/o la de Oregon Youth Authority Information.

Instrucciones para llenar la planilla:**Casilla 1. Requerido.**

- Indicar el nombre legal completo del estudiante o menor, incluyendo su segundo nombre;
- Indicar la fecha de nacimiento del menor;
- Indicar el nombre y la dirección de la agencia de referimiento, la cual enviará la información protegida requerida, de Child Welfare, educativa y/o penal;
- Indicar el nombre y la dirección del Comité de admisiones de WO (WO Intake Committee) que recibirá la información educativa y/o penal.

Casilla 2. Requerido:

- Marcar todas las casillas de las agencias participantes en el WO Intake Committee. En el caso de las agencias no representadas en la lista, verificar la casilla de "otros" y especificar la agencia, organización o persona adicional.

Casilla 3. Requerido:

- Marcar las dos casillas correspondientes a la información médica, de Child Welfare, educativa y/o penal solicitada. .

Casilla 4.

- Marcar las casillas de aprobación de la transmisión o divulgación de la información necesaria para la consideración del WO Intake Committee.

Casilla 5. Requerido sólo cuando la planilla vaya a ser usada para comunicar información adicional.

Casilla 6 y 7. Requerido:

- Esta casilla contiene información relacionada con los derechos de los padres, tutores o menores al conceder una autorización, incluyendo el derecho a negarse a firmar, el derecho a solicitar una copia después de firmar, el derecho a inspeccionar la información a ser usada y/o divulgada, así como el derecho a revocar sus autorizaciones. Se hace saber a título de aclaración que cuando la información solicitada sea enviada, las leyes que la protegen podrían dejar de aplicar, debido a que la agencia receptora podría no regirse por las mismas leyes que la agencia remitente.
- En el punto c., identifique quién recibirá la revocación potencial. La declaración aclara que si una acción ha sucedido, por ejemplo, si un expediente médico fue ya enviado, la revocación de esa determinada información no será válida. No obstante, la agencia podría voluntariamente devolver la información recibida después de que la revocación haya sido firmada y sometida.
- El padre o la madre, el tutor legal o el estudiante o menor deberán firmar la autorización para que ésta sea válida. Tratándose del padre o madre o tutor, la relación o parentesco con el menor deberá ser indicada. La fecha de la firma deberá ser indicada.
- La autorización será válida sólo para los propósitos indicados en la planilla.