



AVISO:

- Este formulario de consentimiento sólo será válido en relación con el Programa Especializado de Apoyo a la Familia.
- La ley federal y de Illinois limita la forma en como su información médica, puede ser compartida sin su permiso. Si usted firma este formulario, le está dando a las entidades enumeradas permiso para compartir su información confidencial entre sí para determinar los servicios más adecuados para usted y conectarlo con esos servicios.
- Este consentimiento es voluntario. Las agencias enumeradas no pueden condicionar su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios al firmar este consentimiento. Sin embargo, si no firmar este consentimiento, la capacidad de las agencias para determinar y ordenar los servicios apropiados para usted será severamente limitada sin las revelaciones necesarias bajo este consentimiento.
- Derecho a revocar: Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que las entidades divulgadoras ya han tomado medidas en su dependencia.
- Para revocar este consentimiento, firme la casilla "Revocación del consentimiento" y envíelo al Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (HFS) a la dirección al final de este formulario.
- Derecho a inspeccionar: Usted puede inspeccionar y copiar la información que será compartida bajo este consentimiento, excepto ciertos registros de adopción, cierta información con respecto a la identidad de una fuente de información o la ubicación del niño o bajo ciertas circunstancias donde se recibió información de un menor bajo una promesa de confidencialidad.
- Usted recibirá una copia de este consentimiento.
- Cualquier persona a quien usted permita recibir su información a través de este consentimiento se le prohíbe divulgación de esta información, a menos que autorice la nueva revelación.

Sección A: Información Buscando Servicios Para Niños

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Dirección: _____

Sección B: Términos de Consentimiento

1. Doy permiso a las siguientes agencias para compartir mi información confidencial con y entre sí, incluso con cualquier entidad contratada por cualquiera de estas agencias para proporcionar u organizar servicios:
 - Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois;
 - Departamento de Servicios Humanos de Illinois;
 - Departamento de Justicia Juvenil de Illinois;
 - Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois;
 - Junta de Educación del Estado de Illinois; y
 - Departamento de Salud Pública de Illinois
2. El propósito de la divulgación es ayudar a las agencias a determinar los servicios más apropiados para mí y conectarme con esos servicios. Quiero que las agencias tengan

Consentimiento Multi-Agencia para Revelar Información Confidencial

información precisa y oportuna sobre mi historial para permitirles determinar y organizar los servicios para mí de la mejor manera posible.

3. El tipo de información a revelar incluye lo siguiente:
 - a. Mis registros médicos e información, incluyendo exámenes físicos, historiales, registros de emergencia, resúmenes de alta, resultados de pruebas, informes de patología, fotos, rayos X, notas de progreso, informes de consulta, medicamentos y facturas;
 - b. Mi información sobre salud mental o discapacidad del desarrollo, incluyendo información de tratamiento, diagnóstico, pronóstico, evaluaciones psiquiátricas y planes de conducta;
 - c. Mi información sobre el tratamiento de abuso de sustancias, incluyendo diagnóstico, pronóstico, evaluaciones psiquiátricas y planes de conducta;
 - d. Los resultados de cualquier prueba de VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual, y los tratamientos resultantes de ella;
 - e. Registros de archivos maestros mantenidos por el Departamento de Justicia Juvenil de Illinois;
 - f. Mis registros son mantenidos por el Departamento de Niños y Servicios de la Familia de Illinois, incluyendo todos y cada uno de los expedientes de investigación, expedientes de expedientes y expedientes clínicos; y
 - g. Mis registros son mantenidos por el Departamento de Salud Pública de Illinois, incluyendo pero no limitado a registros clínicos o referencias a pruebas de laboratorio, exposición al plomo, inmunizaciones, notificación de enfermedad infecciosa o resultados adversos del embarazo, dado de alta y datos sobre el cáncer o información sobre el nacimiento encontrada en un certificado de nacimiento.
4. Este consentimiento no incluye la capacidad de las agencias para compartir notas de psicoterapia.
5. Vencimiento: Este consentimiento expirará en la siguiente fecha de calendario:
____ / ____ / ____.
Se debe especificar aquí una fecha de calendario para que este consentimiento sea válido.

Sección C: Firma de Niño Solicitando Servicios

- Esta sección debe estar firmada por el niño que está solicitando servicios sin importar la edad del niño.
- Si el niño ha sido juzgado por falta de capacidad (por cualquier razón que no sea la edad) para manejar sus propios asuntos, el niño no tiene que firmar esta sección. Un representante apropiado debe firmar la Sección D.

Nombre: _____

He leído y entiendo el aviso en la página uno de este consentimiento. También he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los Términos de Consentimiento en la Sección B. Además, entiendo que los registros revelados bajo este consentimiento incluirán información sensible como evaluación, información de habilitación / tratamiento para la salud mental, discapacidades de desarrollo o abuso de sustancias. Libero y exonero de responsabilidad al Estado de Illinois, a las entidades enumeradas en la Sección B y a sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda ocurrir como resultado de la divulgación o difusión de los registros o información contenida en el mismo, resultante del acceso permitido en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento Multi-Agencia para Revelar Información Confidencial

Sección D: Firma del Padre, Tutor u otro Representante Legal

- Un padre, tutor u otro representante legal de un niño menor de 18 años debe firmar y fechar esta sección para que el consentimiento sea válido.
- Si el niño que busca servicios ha sido juzgado como carente de capacidad para manejar sus propios asuntos, el representante apropiado debe firmar esta sección.
- Si esta sección está firmada por una persona que no sea un padre, incluya una copia del documento que muestre la autoridad de firma del representante, por ejemplo, una carta poder, un formulario de designación de representante personal, o una orden de designación de un tutor.

Nombre: _____

He leído y entiendo el aviso en la página uno de este consentimiento. También he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los Términos de Consentimiento en la Sección B. Además, entiendo que los registros revelados bajo este consentimiento incluirán información sensible como evaluación, información de habilitación / tratamiento para la salud mental, discapacidades de desarrollo o abuso de sustancias. Libero y exonero de responsabilidad al Estado de Illinois, Las entidades enumeradas en la Sección B y sus empleados de cualquier responsabilidad que pudiera ocurrir como resultado de la divulgación o disseminación de los registros o información contenida en el mismo como resultado del acceso permitido en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el individuo buscando servicios: _____

Sección E: Firma del Testigo (REQUERIDO)

Nombre: _____

Yo doy fe de la identidad de las personas que firmaron este formulario de consentimiento arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con las personas que firmaron el formulario anterior: _____

Sección F: Términos de Consentimiento para la Publicación de Expedientes Educativos

Esta sección debe ser completada y firmada además de todas las otras secciones anteriores para que la información educativa del niño sea compartida.

Nombre de la escuela del niño: _____

Dirección de escuela: _____

El propósito de esta sección es autorizar a la escuela del niño a compartir la información confidencial de los registros del estudiante con las entidades enumeradas en la Sección B. Si usted firma este consentimiento, la escuela del niño puede compartir la siguiente información educativa (**marque todo lo que corresponda**):

- Dirección y número de teléfono
- Inscripción escolar
- Nivel de grado

Consentimiento Multi-Agencia para Revelar Información Confidencial

- asistencia
- Grados
- Puntajes de las pruebas estandarizadas
- Informes de disciplina
- Programa de Educación Individualizada y otros registros de educación especial
- Otro [por favor describa]: _____

Las agencias usarán esta información para determinar los servicios más apropiados para el niño y conectar al niño con esos servicios.

Usted puede inspeccionar y copiar los registros, desafiar el contenido de los registros, o limitar su consentimiento a determinadas partes de los registros.

Este consentimiento expirará un año a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que se especifique una fecha anterior aquí: _____ / _____ / _____.

Firma del Padre o Tutor

El padre o tutor del niño debe firmar esta sección en la primera vez de la ejecución de este consentimiento. Si el menor cumple 18 años y todavía es necesario compartir la información educativa del niño, el niño debe firmar esta sección del consentimiento en ese momento.

Nombre: _____

He leído y entiendo los Términos de Consentimiento para la Liberación de Registros Educativos. Autorizo a la escuela a divulgar la información educativa de mi hijo a las agencias identificadas en la Sección B con el propósito de determinar los servicios más apropiados y conectar al niño con esos servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Revocación del Consentimiento

- No complete o firme esta Sección a menos que revoca este Consentimiento.

Ya no quiero que las entidades enumeradas en la Sección B compartan mi información confidencial.

Nombre del niño que busca servicios: _____

Firma del niño: _____ Fecha: _____

Firma del Padre, tutor u otro Representante Legal (si se requiere arriba):

_____ Fecha: _____

Para revocar este consentimiento, firmar y fechar la revocación anterior y enviarla a la siguiente dirección:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Attn: ICG Coordinator
201 South Grand Avenue East
Springfield, IL 62704

Instrucciones para el Uso del Consentimiento Multi-Agencia para Divulgar Información Confidencial

- La información revelada en virtud de este consentimiento sólo podrá ser utilizada en relación con el Programa Especializado de Apoyo a la Familia y no será revelada sin la autorización adicional de los individuos necesarios.
- Proporcione a las personas que firmen este consentimiento una copia de la misma para que la guarde para sus registros.
- Para que el consentimiento sea válido, toda la información requerida en las Secciones A e F debe ser completada como se indica a continuación.
- Sección A: Complete el nombre completo del niño, fecha de nacimiento y dirección del hogar.
- Sección B: Complete la fecha del calendario para la expiración del consentimiento en el Párrafo 5. Una fecha calendario debe ser completada en esta sección para que el consentimiento sea válido. La fecha del calendario puede especificar cualquier período de tiempo que el individuo elija, pero un período de tiempo como 12 meses a partir de la fecha de ejecución o el 18º cumpleaños del niño se recomienda minimizar la necesidad de reiterar la firma del consentimiento.
- Sección C: En orden para que el consentimiento sea válido, el niño debe firmar esta sección, sin importar la edad del niño, a menos que no tenga la capacidad de firmar como esta dicho en esta sección.
- Sección D: El padre, tutor o representante legal de un niño menor de 18 años debe firmar y fechar esta sección para que el consentimiento sea válido. Si esta sección está firmada por una persona que no sea un padre, adjunte una copia del documento que muestre la autoridad de firma del representante, tal como una carta poder, un formulario de designación de representante personal o una orden de designación de un tutor.
- Sección E: La firma del niño y de los padres debe ser atestiguada por un adulto mayor de 18 años que pueda atestiguar la identidad de las personas que dan su consentimiento. El testigo puede ser el proveedor de Screening, Assessment and Support Services (SASS), el Coordinador del ICG u otro adulto competente. El testigo debe completar su nombre completo, firma, fecha y relación con el niño y el padre.
- Sección F: Esta sección debe ser completada y firmada además de todas las otras secciones para que la información educativa sea compartida. Complete el nombre y la dirección de la escuela del niño. El individuo que firma esta sección del consentimiento debe autorizar la divulgación de ciertos tipos de información colocando una marca de verificación junto a cada tipo de información que se permite compartir. Complete la fecha del calendario para el vencimiento sólo para esta sección del consentimiento si se desea una expiración antes de 12 meses. Si no se especifica una fecha o una fecha más allá de 12 meses, esta parte del consentimiento expirará 12 meses a partir de la fecha de la firma. Aunque puede ser útil para la expiración de esta sección y el resto de la forma de consentimiento que se produzca al mismo tiempo, las fechas de vencimiento no tienen que ser los mismos y la expiración de cualquiera de las partes no afecta a la expiración de la otra. El padre o tutor del niño debe firmar y fechar esta sección en la primera vez de la ejecución de este consentimiento. Si el niño cumple 18 años y sigue siendo necesario compartir la información educativa del niño, el niño debe entonces firmar esta sección del consentimiento en ese momento.
- Revocación: No complete esta sección en el momento de ejecutar el consentimiento. Las personas que firmen el consentimiento deben guardar una copia para que puedan completar la sección de revocación en cualquier momento en el futuro. Pueden revocar el consentimiento completando la sección de revocación o declarando la revocación del consentimiento por escrito, firmándolo y enviándolo a la dirección que se proporciona en la sección de revocación. Si este consentimiento es revocado, el receptor de la revocación debe notificar inmediatamente a todas las entidades enumeradas en la Sección B de la revocación según corresponda.