

Initial Release

Revision

Renewal

**PROGRAMA DE SERVICIOS INFANTILES INTEGRADOS DEL CONDADO DE SANTA CRUZ
AUTORIZACIÓN PARA DAR E INTERCAMBIAR ANTECEDENTES E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, _____ (padre, madre o representante legal autorizado) autorizo a las siguientes agencias del programa Santa Cruz County Integrated Children's Services Program (SCC ICSP) a divulgar e intercambiar información y/o registros sobre mí y/o _____ (hijo/a menor de edad) con el fin de trabajar en forma conjunta para planear y brindar servicios para el menor de edad anteriormente nombrado.

(Marque todo lo que aplique. Escriba sus iniciales y la fecha en la línea apropiada si esta cambiando la Primera Forma.)

Agencias sin fines de lucro

Centros de recursos familiares	Iniciales y fecha (revisiones)	Equipos multidisciplinarios	Iniciales y fecha (revisiones)
<input type="checkbox"/> Davenport Resource Service Center	_____	<input type="checkbox"/> Families Together*	_____
<input type="checkbox"/> Familia Center	_____	<input type="checkbox"/> Primeros Pasos **	_____
<input type="checkbox"/> La Manzana Community Resources	_____		
<input type="checkbox"/> Live Oak Family Resource Center	_____		
<input type="checkbox"/> Mountain Community Resources	_____		
		Violencia familiar	
		<input type="checkbox"/> Walnut Avenue Women's Center	_____
		<input type="checkbox"/> Women's Crisis~Defensa de Mujeres	_____
Asesoramiento		Necesidades especiales	
<input type="checkbox"/> Parents Center	_____	<input type="checkbox"/> Special Parents Information Network	_____
Vivienda			
<input type="checkbox"/> Families in Transition (FIT)	_____		

Agencias Públicas

Health Services Agency (HSA) *Seleccionar los Departamentos que deben recibir una copia de esta Exoneración.****

	Iniciales y fecha (revisiones)		Iniciales y fecha (revisiones)
<input type="checkbox"/> Alcohol & Drug	_____	<input type="checkbox"/> Health Benefits	_____
<input type="checkbox"/> California Children's Services	_____	<input type="checkbox"/> Homeless Persons Health Project	_____
<input type="checkbox"/> Clinics	_____	<input type="checkbox"/> Public Health Nursing	_____
<input type="checkbox"/> Children's Mental Health	_____		

Human Services Department (HSD) *Seleccionar los Departamentos que deben recibir una copia de esta Exoneración.****

	Iniciales y fecha (revisiones)		Iniciales y fecha (revisiones)
<input type="checkbox"/> Adult & Long-Term Care	_____	<input type="checkbox"/> CareerWorks	_____
<input type="checkbox"/> Benefit Services	_____	<input type="checkbox"/> Family & Children's Services (CPS)	_____

Probation Department *Seleccionar los Departamentos que deben recibir una copia de esta Exoneración.****

	Iniciales y fecha (revisiones)		Iniciales y fecha (revisiones)
<input type="checkbox"/> Adult Probation	_____	<input type="checkbox"/> Juvenile Hall	_____
<input type="checkbox"/> Juvenile Probation	_____		

Miembros Temporales (Trabajador/a: escriba el nombre del individual/agencia y mande una copia del Acuerdo de Confidencialidad.)

Nombre de Agencia o Programa	Iniciales y fecha (revisiones)	Nombre de Agencia o Programa	Iniciales y fecha (revisiones)
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	

* Familias Juntas es un programa de colaboración; el equipo principal tiene personal de HSD, HSA, FIT y Santa Cruz Community Counseling Center.

** Primeros Pasos es un programa de colaboración con personal de HRA, HSA y Janus.

*** El personal de esta agencia del condado puede compartir información y registros con otros miembros del personal en la misma agencia del condado, aunque usted no haya seleccionado un Departamento/División específico, porque trabajan para la misma agencia. El personal de esta agencia del condado no divulgará ni intercambiará información o registros con otras agencias del condado o instituciones sin fines de lucro si usted no ha dado su permiso en este u otro Formulario de Exoneración.

Las agencias que tienen mis iniciales pueden dar, intercambiar e usar la siguiente información y/o antecedentes míos y/o del menor arriba nombrado:

(Marque todo lo que aplique. Escriba sus iniciales y la fecha en la línea apropiada si esta cambiando la Primera Forma.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información admitida | <input type="checkbox"/> Resumen de antecedentes médicos, diagnosis, tratamiento y/o progreso durante el período:
_____ (complete las fechas) |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones de la situación de mi familia | |
| <input type="checkbox"/> Servicios o tratamientos recomendados | <input type="checkbox"/> Resumen de los antecedentes de salud mental, diagnosis, tratamiento y/o progreso durante el período:
_____ (complete las fechas) |
| <input type="checkbox"/> Plan del servicio o plan del caso | <input type="checkbox"/> Restricciones al compartir información:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Estado y progreso de los servicios o del tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Resumen de antecedentes de abuso de sustancia, tratamiento y/o progreso durante el período:
_____ (complete las fechas) | |

Comprendo que:

- Las agencias que yo seleccione únicamente divulgarán o intercambiarán la información que sea necesaria para planear y brindar servicios en forma conjunta. No compartirán otra información sobre mí o mi familia con otras agencias sin mi permiso por escrito, excepto en el caso en que lo requiera la ley.
- Si decido no firmar este Formulario de Exoneración o si deseo establecer restricciones para esta exoneración no se me negarán los servicios.
- Las agencias de SCC ICSP pueden crear y usar un registro de programa conjunto y/o una base de datos común para ayudarles a planear y brindar los servicios conjuntos. La información de dicho registro que no contiene identificación personal se podrá utilizar para evaluar los servicios brindados.
- Los registros de tratamientos por el consumo de alcohol y/o drogas están protegidos bajo las leyes federales de Confidencialidad de los Registros de Consumo de Alcohol y Drogas de los Pacientes (Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2) y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito excepto en los casos en que la ley lo requiera o lo permita.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las agencias seleccionadas. La cancelación no se aplicará a la información que se utilizó durante el período de validez de la Exoneración.
- Tengo derecho a recibir, y he recibido o declinado, una copia de esta Autorización de Divulgación.

Copia provista _____ (fecha) **Recibida por** _____ (iniciales) **(Copia rechazada)** _____ (iniciales)

X
Firma de Menor con poder legal para dar autorización y / o
 Padre Tutor Representante legalmente autorizado

Fecha de nacimiento *del menor*

Fecha en que se firmó

Fecha de nacimiento *del padre*

Esta autorización se vence automáticamente el _____ (un año a partir de la fecha en que se firmó) o cuando yo y / o el menor arriba nombrado dejemos de ser clientes de todas las agencias indicadas, lo que ocurra antes.

_____ Nombre del miembro del personal	X _____ Firma del miembro del personal	_____ Agencia en letra de imprenta
--	--	---------------------------------------