

Autorización para el intercambio y publicación de información dentro del sistema de cuidado
Authorization to release & exchange information within the System of Care

Nombre del Niño: _____
Child's Name

Fecha de Nacimiento _____
Date of Birth

Padre/Tutor: _____
Parent/Guardian

Yo autorizo por este medio al acceso y obtención de la siguiente información confidencial de salud

(Ponga sus iniciales enfrente de las líneas en que usted este de acuerdo en compartir la información señalada.

I authorize the disclosure and receipt of the following protected health information

*(Please initial in **front of the items** below indicating that you agree to share the noted information)*

____ Selección y Evaluación de Admisión
Admission Assessment & Screening

____ Evaluación de Salida
Discharge Evaluation

____ Evaluación Psiquiátrica
Psychiatric Evaluación

____ Notas del Progreso de: _____ al _____
Progress Notes from _____ to _____

____ Evaluación y Plan de Servicio de Justicia Juvenil
Juvenile Justice Assessment & Service Plan

____ Historia y tratamientos de alcohol o drogas* *Especifique lo que debe ser de nuestro conocimiento abajo*
en "OTRO."
Alcohol or Drug History & Treatment* *specifically note what is to be released in "OTHER" below.*

Si es mayor de 12 años edad- el niño también debe firmar: _____
If over the age of 12 – child must also sign: _____

____ Historial de sus Medicamentos
Medication History

____ Evaluación Psicológica
Psychological Evaluation

____ Rendimiento Escolar e Información sobre la Asistencia
School Performance & Attendance Information

____ Plan para el Tratamiento y Diagnóstico de la Salud Mental
Mental Health Treatment Plan & Diagnosis

____ Otro* _____
Other _____

Esta información será utilizada para los propósitos específicos:
This information will be used for the specific purpose(s):

Para facilitar el proceso de aplicación de servicios para los niños y la familia cuando sea necesario;

To make the application for services easier for my child and family if and when we need them;

Para coordinar los servicios provistos a mi niño(s) y a mi familia;

To coordinate the services delivered to my child and family;

Autorización para el intercambio y publicación de información dentro del sistema de cuidado
Authorization to release & exchange information within the System of Care

La recopilación de datos para la evaluación de Este sistema de entrega de servicios
To collect data for use in evaluating this system of service delivery

Otro: _____
Other _____

Iniciales del Padre/Tutor _____
Parent/Guardian Initials _____

Las agencias e individuos que participan en el Sistema de Cuidado de Alamance podrían incluir:

(Ponga sus iniciales enfrente de cada agencia de servicios de niños con la cual usted desea compartir la información marcada arriba con sus iniciales):

Agencies and individual participating in Alamance System of Care may include:

(Initial beside each child-serving agency with whom you wish to share the above initialized information.

(este de acuerdo en compartir la información señalada

_____ Sistema Escolar Alamance-Burlington (ABSS)
Alamance-Burlington School System

_____ Servicios Sociales del Condado de Alamance
Alamance County Social Services

_____ DJJDP del Condado de Alamance
Alamance County DJJDP

_____ Centro Médico Regional del Alamance
Alamance Regional Medical Center

_____ Crossroads- Centro de Recursos y Respuestas al Asalto Sexual
Crossroads Sexual Assault Response & Resource Center

_____ Club de Intercambio y Centro Familiar de Alamance
Exchange Club Family Center in Alamance

_____ Servicios Juveniles y Acuerdos de Disputas de Alamance
Alamance County Dispute Settlement & Youth Services

_____ Proveedor(es) de Servicios de Salud Mental/Especifique: _____
Mental Health Provider(s) Specify: _____

_____ Agencias del Orden Publico del Condado de Alamance
Alamance County Law Enforcement Agencies

_____ Departamento de Salud del Condado de Alamance
Alamance County Health Department

_____ Oficina del Abogado de Distrito del Condado de Alamance
Alamance County District Attorney's Office

_____ Guardian Ad Litem de Alamance
Alamance Guardian Ad Litem

_____ Alamance-Caswell LME
Alamance Caswell LME

_____ Sistema de Cuidado de Alamance
Alamance System of Care

Autorización para el intercambio y publicación de información dentro del sistema de cuidado
Authorization to release & exchange information within the System of Care

____ (SOC) Revisión del Cuidado
(SOC) Care Review

____ Servicios de Abuso familiar
Family Abuse Services

Una vez que la información sea revelada según esta autorización firmada, yo entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R. parte 164) sobre infamación de salud protegida, podría no ser aplicada al receptor de la información y por lo tanto, tal vez no prohíba al receptor de divulgarla. Cuando información sobre la salud mental e incapacidades del desarrollo sea divulgada será protegida por la ley del estado (G.S. 122C) o información acerca del tratamiento de abuso de sustancias será protegida por la ley federal (42 C.F.R. Parte 2), el receptor de la información es informado que está prohibido revelar la información excepto según lo permitido o requerido por estas dos leyes.

Once information is disclosed pursuant to this signed authorization, I understand that the Federal Privacy Law (45 C.F.R. Part 164) protecting health information may not apply to the recipient of the information and therefore, may not prohibit the recipient from disclosing it. When mental health and developmental disabilities information is disclosed it is protected by state law (G.S. 122C) or substance abuse treatment information protected by Federal Law (42 C.F.R. Part 2), the recipient of the information is informed that re-disclosure is prohibited except as permitted or required by these two laws.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto al punto de la que la acción que se haya tomado dependa de esta. Si no es revocado antes, esta autorización terminara automáticamente un año a partir de la fecha que se firma. Entiendo que puedo negarme a firmar esta forma de autorización. Entiendo que el Sistema de Cuidado de Alamance no condicionará el tratamiento de mi niño por la recepción de mi firma en esta autorización. Yo, Certifico que esta autorización está hecha libremente, voluntariamente y sin coacción. Entiendo que SOLAMENTE la información notada arriba será divulgada. De ser necesaria información adicional me pedirán firmar una autorización para el acceso de esa información protegida. **Este consentimiento es válido hasta _____ o por no más que 12 meses.**

I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it. If not revoked earlier, this authorization expires automatically one year from the date it is signed. I understand that I may refuse to sign this authorization form. I understand that the Alamance System of Care will not condition my child's treatment on receiving my signature on this authorization I certify that this authorization is made freely, voluntarily and without coercion I understand that ONLY the information noted above will be disclosed. If additional information is needed I will be asked to sign an authorization for the disclosure of that protected information. **This consent is valid until _____ or for not more than 12 months.**

Firma del Padre/ Tutor Legal
Signature of Parent/Legal Guardian

Fecha
Date

Firma del Proveedor de Servicios/Personal de la Agencia
Signature of Service Provider/Staff Agency

Fecha
Date

Fecha de Revocación: _____
Revocation Date: _____

Firma: _____
Signature: _____