



Estado de Colorado

# Autorización

# Consentimiento para divulgar información



## Agencia que solicita la información

|                      |      |                              |               |
|----------------------|------|------------------------------|---------------|
| Nombre de la agencia |      | Nombre y título del contacto |               |
| Dirección postal     |      |                              |               |
| Ciudad               |      | Estado                       | Código postal |
| Correo electrónico   | Tel. | Fax                          | Fecha         |

## Información del cliente

|   |  |  |                     |                  |
|---|--|--|---------------------|------------------|
| Apellido  |  | Nombre   |                     | Inic. 2.º nombre |
| Domicilio   |  |  |                     |                  |
| Ciudad  |  | Estado   | Código postal       |                  |
| Dirección permanente (si difiere del domicilio)   |  |  |                     |                  |
| Ciudad  |  | Estado   | Código postal       |                  |
| Correo electrónico  |  | Tel.   | Fecha de nacimiento |                  |
| Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ID escolar   |  | N.º identificador:                                 |                     | Rol:             |
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> ID estatal <input type="checkbox"/> Caso de Bienestar Infantil |  | Solo los últimos cuatro dígitos del Seguro Social. |                     |                  |
| Informe de caso <input type="checkbox"/> Núm. JD <input type="checkbox"/> Pasaporte   |  |  |                     |                  |

## Autorizante/Persona que autoriza el consentimiento (si el cliente es menor de edad)

|   |  |  |                     |                  |
|---|--|--|---------------------|------------------|
| Apellido  |  | Nombre   |                     | Inic. 2.º nombre |
| Domicilio   |  |  |                     |                  |
| Ciudad  |  | Estado   | Código postal       |                  |
| Dirección permanente (si difiere del domicilio)   |  |  |                     |                  |
| Ciudad  |  | Estado   | Código postal       |                  |
| Correo electrónico  |  | Tel.   | Fecha de nacimiento |                  |
| Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ID escolar   |  | N.º identificador:                                 |                     | Rol:             |
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> ID estatal <input type="checkbox"/> Caso de Bienestar Infantil |  | Solo los últimos cuatro dígitos del Seguro Social. |                     |                  |
| Informe de caso <input type="checkbox"/> Núm. JD <input type="checkbox"/> Pasaporte   |  |  |                     |                  |

## Autoriza

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dto. de Servicios Sociales/<br>Oficina: _____        | <input type="checkbox"/> Dto. Serv. Soc./ División Correccional de Menores | <input type="checkbox"/> LEA                              | <input type="checkbox"/> Libertad condicional (menores, condado, municipal) | <input type="checkbox"/> Centro de Evaluación de Menores |
| <input type="checkbox"/> Dto. Serv. Soc./ Oficina de Salud del Comportamiento | <input type="checkbox"/> Tribunales (menores, condado, municipal)          | <input type="checkbox"/> Escuela (privada o del distrito) | <input type="checkbox"/> Programa de recuperación (Diversion)               | <input type="checkbox"/> SB94                            |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios                            |   | <input type="checkbox"/> Fiscal de distrito                                 |  |

## a entregar información a

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dto. de Servicios Sociales/<br>Oficina: _____        | <input type="checkbox"/> Dto. Serv. Soc./ División Correccional de Menores | <input type="checkbox"/> LEA                              | <input type="checkbox"/> Libertad condicional (menores, condado, municipal) | <input type="checkbox"/> Centro de Evaluación de Menores |
| <input type="checkbox"/> Dto. Serv. Soc./ Oficina de Salud del Comportamiento | <input type="checkbox"/> Tribunal (menores, condado, municipal)            | <input type="checkbox"/> Escuela (privada o del distrito) | <input type="checkbox"/> Programa de recuperación (Diversion)               | <input type="checkbox"/> SB94                            |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios                            |   | <input type="checkbox"/> Fiscal de distrito                                 |  |

## a recibir información de

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dto. de Servicios Sociales/<br>Oficina: _____        | <input type="checkbox"/> Dto. Serv. Soc./ División Correccional de Menores | <input type="checkbox"/> LEA                              | <input type="checkbox"/> Libertad condicional (menores, condado, municipal) | <input type="checkbox"/> Centro de Evaluación de Menores |
| <input type="checkbox"/> Dto. Serv. Soc./ Oficina de Salud del Comportamiento | <input type="checkbox"/> Tribunal (menores, condado, municipal)            | <input type="checkbox"/> Escuela (privada o del distrito) | <input type="checkbox"/> Programa de recuperación (Diversion)               | <input type="checkbox"/> SB94                            |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios                            |   | <input type="checkbox"/> Fiscal de distrito                                 |  |

## a los efectos de

|                                       |  |  |   |                                      |
|---------------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adjudicación | <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios | <input type="checkbox"/> Seguros (salud/vida)                              | <input type="checkbox"/> Colocación                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluación   | <input type="checkbox"/> Ingreso                   | <input type="checkbox"/> Dotación de personal de equipo interdisciplinario | <input type="checkbox"/> Audiencia previa al juicio |                                      |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |  |  |   |                                      |

## Tipo de información solicitada

|  |  |  |   |  |   |
|--|--|--|---|--|---|
| <u>Educación</u>   | <u>Abuso de sustancias</u>                         | <u>Info. médica</u>                              | <u>Salud mental</u>   | <u>Organismo judicial</u>                                  | <u>Otros antecedentes</u>   |
| <input type="checkbox"/> Calif./resultados pruebas escolares | <input type="checkbox"/> Historial de tratamientos | <input type="checkbox"/> Med. recetados actuales | <input type="checkbox"/> Eval. de salud mental                    | <input type="checkbox"/> Antecedentes de libertad cond.    | <input type="checkbox"/> Registros de Servicios Sociales Historial de |
| <input type="checkbox"/> Registros de asistencia escolar     | <input type="checkbox"/> Evaluaciones              | <input type="checkbox"/> Historia clínica        | <input type="checkbox"/> Historial de tratamiento de salud mental | <input type="checkbox"/> Registros de libertad condicional | <input type="checkbox"/> Bienestar Infantil                           |
| <input type="checkbox"/> Informes de conducta escolar        |  | <input type="checkbox"/> Vacunas                 | <input type="checkbox"/> Diagnóstico                              | <input type="checkbox"/> Denuncias/registros policiales    |   |
| <input type="checkbox"/> IEP/504                             |  |  |   | <input type="checkbox"/> Otros antecedentes judiciales     |   |
| Otros (especificar) _____                                    |  |  |   |  |   |

|                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| Iniciales del funcionario | Iniciales del autorizante |
|---------------------------|---------------------------|

**Período de registros del menor**De: Mes: elegir mes Día: elegir día Año: elegir año A: Mes: elegir mes Día: elegir día Año: elegir año**Vigencia de la autorización/consentimiento**De: Mes: elegir mes Día: elegir día Año: elegir año A: Mes: elegir mes Día: elegir día Año: elegir año**¿Cómo se entregará la información?** Fax  Correo electrónico  Teléfono  En persona  Otro \_\_\_\_\_

Firma de la persona que da su consentimiento: Fecha: (MM/DD/AAAA)

Nombre en letra imprenta:

Firma del menor:

Fecha: (MM/DD/AAAA)

Nombre en letra imprenta:

- Al firmar el presente, autorizo la divulgación de la información contenida en este formulario para su utilización por la(s) agencia(s) solicitante(s). Entiendo que mis registros están protegidos por la normativa federal y estatal sobre confidencialidad, por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y por las leyes de protección de la privacidad HIPAA y FERPA, y que no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, salvo que las regulaciones dispongan lo contrario. Asimismo, entiendo que toda agencia o persona que utilice la información o registros confidenciales obtenidos tomará todas las medidas necesarias para proteger la confidencialidad de la identidad del menor mencionado al principio de este formulario. Admito que fui informado acerca de mis derechos de negarme a firmar el presente y de las condiciones relacionadas con mi consentimiento o denegación, así como de mi derecho a recibir una copia del formulario firmado.

El autorizante se negó a dar consentimiento para divulgar información: \_\_\_\_\_ [iniciales del funcionario] [Copia entregada al cliente]  
 Fecha de denegación: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

**Generalidades**

**Aviso de divulgación de información a las agencias receptoras:** Este aviso acompaña a la divulgación de información de un cliente cuya información está protegida por la ley HIPAA, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), la ley FERPA y demás normas federales o estatales. La presente información entregada procede de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes federales, la Parte 2 del Título 42 del CFR y la ley FERPA prohíben la ulterior divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o como de otro modo lo permitan las normas mencionadas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente a estos efectos. Las normas federales restringen el uso de la información amparada por la Parte 2 del Título 42 del CFR con el fin de investigar o procesar penalmente a pacientes con consumo abusivo de alcohol o drogas.

**Divulgaciones ulteriores de información contempladas en la ley HIPAA:** La información cuya divulgación esté autorizada por la ley HIPAA podrá ser objeto de ulteriores divulgaciones que queden fuera del alcance de dicha ley.

**Aviso de confidencialidad de transmisiones electrónicas:** Esta autorización de divulgación de información, así como sus adjuntos, es para uso exclusivo del o de los destinatarios a los que está dirigida, y puede contener información confidencial. Si la recibió por equivocación, notifique de inmediato al remitente, y no revise, distribuya ni copie el documento o sus adjuntos.

**Declaración condicional:** Entiendo que se me podrán denegar servicios si me niego a autorizar la divulgación de información con fines de tratamiento, pago o funcionamiento médico. No se me podrán denegar servicios si me niego a autorizar la divulgación de información a otros efectos.

**Vencimiento de la autorización:** Esta autorización o consentimiento vence a más tardar el (fecha específica), o al año de la fecha de su firma, al finalizar un acontecimiento, al completar un tratamiento o, en caso de ser parte de una orden judicial o condición de libertad condicional, en el plazo especificado, lo que ocurra primero. El plazo de validez del consentimiento puede ser específico según el programa o proveedor, o establecido en función de la duración del programa o remisión, o el período en que los registros se utilizan para el propósito especificado en el consentimiento. Ver las normas de las agencias específicas en relación con los plazos específicos para conservar registros.

**Copias válidas de esta autorización o consentimiento:** Las copias, fotocopias o copias transmitidas por fax de esta autorización de divulgación de información tendrán la misma validez que el original.

**Los padres deben ser informados en su idioma materno de los derechos del consentimiento y del derecho a revocarlo.** Según el artículo 300.9 del Título 34 del Código de Regulaciones Federales, el consentimiento de los padres supone todo lo que sigue: a) El padre, madre o tutor recibieron en su lengua materna o mediante otro modo de comunicación toda la información pertinente a la actividad para la que se procura el consentimiento. b) El padre, madre o tutor entienden y aceptan por escrito la realización de la actividad para la que se procura su consentimiento. Este describe esa actividad, enumera los registros, de haberlos, que se divulgarán, y consigna a quién serán divulgados. c) El padre, madre o tutor entienden que el otorgamiento del consentimiento es voluntario y que puede ser revocado en cualquier momento. Si el padre, madre o tutor revocan el consentimiento, tal revocación no será retroactiva y, por lo tanto, no podrá negar una acción que haya ocurrido luego de haber sido otorgado el consentimiento y antes de haber sido revocado. Las agencias públicas no están obligadas a modificar los registros educativos de un menor para eliminar las referencias a la educación especial y los servicios recibidos por él si su padre, madre o tutor presentan una revocación por escrito del consentimiento luego de la prestación inicial al menor de educación especial y servicios relacionados.

**Limite/plazo de revocación de la autorización o consentimiento:** Esta autorización de divulgación podrá ser revocada en cualquier momento con un aviso por escrito a la AGENCIA, salvo en la medida en que se haya actuado para cumplirla. Sin tal revocación, esta autorización de divulgación de información vencerá del modo ya detallado. El autorizante podrá revocar el consentimiento por escrito comunicándose con la agencia divulgadora. Esta revocación quedará consignada en los registros de la AGENCIA. La ley HIPAA requiere la revocación por escrito de la autorización para divulgar información contemplada por dicha ley ((45 CFR §164.508(b) (5)). Tanto la Parte 2 como la ley HIPAA permiten que el programa divulgue información de servicios ya prestados en virtud de un formulario firmado de consentimiento o autorización. Ver 42 CFR §2.31(a) (8) y 45 CFR §164.508. Si el consentimiento es para información sobre tratamientos de consumo abusivo de sustancias, se acepta el consentimiento verbal. El consentimiento verbal también se puede aceptar en determinadas situaciones de emergencia. Ver más detalles en las políticas específicas de la agencia.

**Registros de Bienestar Infantil y Medicaid:** Las leyes federales requieren que los estados intercambien información por medios electrónicos a través de los sistemas automatizados de Bienestar Infantil y Medicaid en la medida en que sea viable (45 C.F.R. § 1355.53(b) (2) (2009)), y fomentan el intercambio automatizado de datos entre Bienestar Infantil y los tribunales. (45 C.F.R. § 1355.53(d) (2009)).

**Preguntas:** Si tiene preguntas sobre esta autorización de divulgación de información llame a (PROVIDER AGENCY PHONE #) o envíe información a (PROVIDER AGENCY NAME AND ADDRESS AND FAX). De acuerdo con las regulaciones de confidencialidad federales y del estado de Colorado, está prohibido divulgar información sobre la participación de menores en tratamientos sin consentimiento por escrito, salvo en los casos de emergencias médicas, maltrato infantil u orden judicial. Si corresponde, se aplicará una determinación mínima necesaria a esta autorización de divulgación de información.

Iniciales del  
funcionarioIniciales del  
autorizante