

Nota: Esta traducción al español ha sido realizada por Multilingual Outreach Volunteer Effort. Aunque nos esforzamos por conseguir la máxima calidad, no podemos garantizar su total exactitud. Para obtener información crucial, consulte la versión en inglés o a un profesional hispanohablante de confianza.

Consentimiento para intercambiar información

Yo, _____, (Nombre completo en letra de imprenta de la persona que da su consentimiento) estoy firmando este formulario para
(Nombre completo en letra de imprenta del joven y DOB)

Mi relación con el joven es: Propio Tutor legal

Deseo que se intercambie la siguiente información confidencial sobre el joven para fines de elegibilidad y coordinación de servicios:

Si No

Beneficios/Servicios

Historial educativo

Historial de empleo

Registro de justicia penal

Otro:

Si No

Historial Psicológico

Historial psiquiátrico

Información de evaluación

Diagnóstico y registros médicos

Deseo que Community Attention Foster Families y las agencias/personas indicadas a continuación puedan intercambiar esta información:

LDSS: _____

Proveedor(es) médico(s)

Proveedor(es) dental(es)

Mentor

Proveedor(es) de asesoramiento

CASA

GAL

Oficial de libertad condicional

Empleador de jóvenes

Guardería

Cuidado antes y después de la escuela

Escuela(s):

Padre(s) biológico(s):

Colocacion(es) anterior(es):

Otro:

Esta información se compartirá por los siguientes métodos:

Información Escrita Verbal Digital

Este consentimiento es válido hasta dos años después de la terminación de los servicios de Community Attention.

Para los jóvenes: Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento informando a Community Attention Foster Families. Esto impedirá que las agencias/individuos mencionados compartan información después de que sepan que mi consentimiento ha sido retirado. Tengo derecho a saber qué información sobre mí se ha compartido, y por qué, cuándo y con quién. Si lo solicito, cada agencia me mostrará esta información. Quiero que todas las agencias acepten este formulario como un consentimiento válido para compartir información.

Si no firmo este formulario, la información no se compartirá y tendré que ponerme en contacto con cada agencia individualmente para darles la información sobre mí que necesiten.

FIRMAS: _____
(Tutor legal)

Fecha: _____

(Joven)

Fecha:

Representante CAFF: _____

Fecha: _____