

Formularios de autorización de confidencialidad y consentimiento

Antes de que un profesional de apoyo familiar pueda compartir información protegida, la familia tiene que firmar un formulario de autorización. Repase una copia del formulario de consentimiento y autorización de su programa con su supervisor para familiarizarse con él. Véanse los ejemplos abajo de cómo aparece esta información importante en los formularios de autorización.

Nombre del cliente y Nombre específico del programa que hace la divulgación

Yo _____, firmo este formulario por _____
Nombre completo en letra de molde de la(s) persona(s) da(n) consentimiento Nombre completo en letra de molde del cliente

_____ Dirección del cliente _____ Fecha del nacimiento del cliente

Yo le doy permiso [al Programa de Visitas al Hogar] de divulgar o compartir información confidencial sobre _____, cuya fecha de nacimiento es _____ a la siguiente persona o agencia con el propósito de planificación de servicios, coordinación de servicios, determinación de elegibilidad, y/o evaluación del programa:

Quién va a recibir la información divulgada

Quiero que las siguientes *organizaciones* tengan permiso de compartir información con [el Programa de Visitas al Hogar]:

Sí	No		Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio del médico/dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dept. de Servicios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajador de Salud Mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Compañía de seguro médico	
			Escuela / preescolar	
			WIC / Departamento de salud	
			Otro: _____	

Cuánta y qué tipo de información se puede divulgar

Quiero que los siguientes *tipos de información* sobre el cliente se compartan con [el Programa de Visitas al Hogar]:

Sí No

- Info de salud / registro médico
 Información financiera
 Servicios de desarrollo/evaluación

Sí No

- Beneficios/Servicios requeridos
 Info/registro de salud mental

Sí No

- Info/registros educativos
 Otro: _____
 Otro: _____

Doy permiso que la siguiente información confidencial se comparta:

- Información de evaluación
 Notas del caso
 Historial médico / de salud
 Historial de salud mental
 Registro de vacunación
 Participación en el programa
 Plan de servicio
 Historial social
 Uso/abuso de sustancias/alcohol
 Otro: _____

42 CFR Parte 2 Quiero que la información confidencial sobre el historial de uso de sustancias y/o tratamiento del cliente se comparta con el propósito de

- Coordinación de cuidado y planificación de tratamiento Otro: _____

Para su divulgación con:

Nombre de la agencia o individuo

Dirección

Teléfono

Declaración que explica cómo revocar la autorización en cualquier momento

Doy fe que he leído y entendido lo siguiente:

Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento al avisarle a la agencia pertinente

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, verbalmente o por escrito, al avisarle al [Programa de Visitas al Hogar] salvo en el caso que el [Programa de Visitas al Hogar] ya haya tomado acción que depende de ello. Una copia de este consentimiento y una anotación relativa a las personas o las agencias a las que se les hizo una divulgación se incluirá con mi registro original del caso. La(s) persona(s) que reciban la información pertinente a este consentimiento no lo podrán divulgar a nadie sin mi consentimiento hecho aparte por escrito.

Fecha en que el permiso se vence o condiciones en las que se vence

Este consentimiento sigue vigente hasta _____. (fecha de vencimiento)

Este consentimiento es vigente a partir de (fecha) _____ hasta (fecha) _____
(Un máximo de 365 días desde la fecha de este consentimiento)

Firma del cliente

Firma(s):

Persona(s) que da(n) consentimiento Fecha: _____

Persona que explica el formulario: *Nombre, Puesto de trabajo* _____

Traductor o testigo: *Firma* _____

_____ Firma del cliente	_____ Fecha
_____ Firma del padre o madre / tutor legal (si el cliente es menor de edad)	_____ Fecha
_____ Firma del testigo	_____ Fecha

Ejemplos de conversaciones sobre la confidencialidad

Hablar sobre la confidencialidad en casa con las familias requiere algo de práctica. Le ayudará apuntar sus puntos clave de conversación y practicarlos en voz alta consigo mismo o con un colega. Véanse los modelos de guiones que vienen abajo para ejemplos de cómo explicar puntos clave a la hora de hablar sobre la confidencialidad.



Definir la confidencialidad

FSP: Mi programa protege su confidencialidad; eso quiere decir que no se comparte información sobre su familia con nadie sin su permiso. No vamos a chismear sobre usted o hablar con sus vecinos. Cuando lo vengo a visitar, le hablo por teléfono o le paso otros recursos, guardo un registro de lo que hicimos o hablamos para que mi supervisor sepa que cumplo con mi trabajo y me pueda acordar de los temas que estoy trabajando con su familia. Esta información, la información demográfica y la constancia de su participación en este programa—todo eso se considera su información confidencial privada.



Explicar las leyes

FSP: Así como las leyes que sigue su médico de cabecera, toda su información de salud personal y educativa se protege bajo las leyes HIPAA y FERPA; y la ley CFR Parte 2 no permite la divulgación de información sobre el uso de sustancias sin su autorización específica.



Repasar los formularios de autorización paso a paso

FSP: Este formulario se usará para informar a otras organizaciones que tengo permiso de compartir información de su parte. Por ejemplo, compartir este formulario con el trabajador social de su caso del DSS permitiría que nuestras agencias intercambiar información con facilidad y colaborar para coordinar servicios para usted. Este formulario determina cuál información se puede compartir y con quién sí puedo y con quién no puedo compartir su información. Firmar este formulario es voluntario y no tendrá impacto en su acceso a nuestro programa. Este formulario es vigente durante (poner cantidad de tiempo), pero usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento con sólo avisarme.



Hablar de razones por las que puede compartir información

FSP: Su información se comparte para apoyarlo a usted conectándolo con recursos o con las metas que tenga su familia. Por ejemplo, puede que se comparta información con otras agencias como centros preescolares, para ayudarlo a calificarse para los servicios. O coordinar con su doctor para garantizar que usted y su familia tengan el mejor cuidado médico. Casi siempre tendrá previo aviso de cómo y cuándo compartiré información sobre usted o su familia. Sin embargo, tome en cuenta que puede haber momentos en los que compartir su información es una obligación legal, como por orden judicial o si se sospecha negligencia o abuso infantil.

Preguntas de consideración sobre la confidencialidad

Es responsabilidad del profesional de apoyo familiar proteger la confidencialidad de las familias. En un esfuerzo de evitar divulgaciones indebidas de información protegida puede preguntarse las siguientes preguntas antes de tomar una decisión. Imprima, recorte, y guarde esta tarjeta de consideraciones con usted para referencia cuando sea necesario.

Confidencialidad

- ¿Estoy legalmente obligado?
- ¿La decisión o acción que se va a tomar tendrá un impacto positivo en la familia y mi relación con la familia?
- ¿Mi decisión o acción afectará positivamente a mi agencia, a mis colegas, y a todos los programas de visitas al hogar?
- ¿Se va a beneficiar la familia si comparto esta información?
- ¿La familia quiere que yo comparta esta información?
- ¿Estoy protegiendo la confianza de la familia al compartir esta información?



Confidencialidad

- ¿Necesito compartir esta información para proteger a la familia o a otra persona de algún daño, aunque la familia no me haya dado permiso de compartirla?
- ¿Hay una necesidad inmediata, o hay tiempo para esperar y preguntarle a mi supervisor?
- Si necesito compartir esta información, ¿puedo hacerlo de manera que queden protegidos los derechos de la familia?
- Si yo estuviera en el lugar de la familia, ¿quisiera que mi FSP manejara la situación de esta forma?

**No tiene que tomar la decisión solo.
Hable con su supervisor o sus colegas.**

12-07-2023