 **Sampson County CAC**

 **309 E. Main Street, Clinton, NC 28328**

 **910-490-9100**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorización para la publicación de información

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo nombre

**Fecha de Nacimiento del niño:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MM/DD/AA

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tengo autoridad para consenter a la liberación

de información confidencial y privilegiada del menor mencionado anteriormente, como:

\_\_\_\_\_\_\_ El padre del niño

\_\_\_\_\_\_\_ El tutor legal o custodio del niño

\_\_\_\_\_\_\_ Director del departamento de servicios sociales en conformidad con N.C.G.S. 7B-3100

Con el fin de proporcionar la mejor atencion y protección a los niños de nuestra comunidad, el centro de defensa infantil de condado de Sampson colabora con un equipo disciplinarío (MDT) formado por proveedores médicos, terapeutas, personal escolar, personal judicial, DDA, agentes del orden público, físcales y otros en cada caso. El propósito de este lanzamiento es facilitar el intercambio de información por las agencias que participan en el MDT a fin de proporcionar el mejor tratamiento y protección para el niño mencionado anteriormente.

Autorizo al centro de defensa infantil del condado de Sampson a divulger/ intercambiar información relacionada con sospechas de abuso fisico y/o negligencia sexual obtenida durante la evaluación médica infantil, evaluación infantil/familiar y/o intervención de tribunal sobre maltrato infantil a las agencias, organizaciones y personas nombradas a continuación y rubricadas por mi. Entiendo que esto puede incluir información sobre abuso de drogas/alcohol, anemia de células faciformes, aborto ,genetica ,tuberculosis ,condiciones psicológicas y psiquiátricas, enfermedades de transmisión sexual, Incluido el VIH/SIDA, violencia doméstica y problemas relacionados con el abuso y la negligencia. Esto también puede incluir imágenes, grabaciones y/o videos, que pueden usarse para documentar mejor la evaluación.

Entiendo que hay leyes que requieren que el centro de defensa infantil del condado de Sampson divulgue o informe información al departamento de servicios sociales y a las agencias apropiadas de aplicación de la ley donde se sospecha abuso y negligencia infantil.

También entiendo que el centro de defensa infantil del condado de Sampson puede divulgar la información médica del niño/a cualquier proveedor o centro medico autorizado a la que puede ser remitido para recibir más atención médica.

Initiales Initiales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_ | El centro de defensa infantil del condado de Sampson | \_\_\_\_\_ | El sistema de escuela del condado de SampsonEscuelas de la ciudad de Clinton |
| \_\_\_\_\_ | El departamento de salud del condado de Sampson | \_\_\_\_\_ | SR-AHEC (proveedor medico) |
| \_\_\_\_\_ | Oficina del abogado de distrito/ fiscal  | \_\_\_\_\_ | Guardián Ad Litem del niño/a |
| \_\_\_\_\_ | La Oficina del sheriff en el condado de SampsonEl departamento de policía de Clinton | \_\_\_\_\_ | Eastpointe |

Este consentimiento para liberación de información me ha sido explicado a mi y yo entiendo los consentimientos a ser divulgados/intercambiados, la necesidad de la información y que ahí estatutos y regulaciones protegiendo la confiabilidad de algunos o todos los consentimientos de esta liberación. Yo entiendo que cuando información de salud es liberada, el recipiente puede liberar o compartir la información con otros y yo no es protegido por protecciones de privacidad federales o del estado.

Yo entiendo que mi decisión de firmar esta autorización no afectara el tratamiento provisto al niño/a mencionado en ninguna forma.

Yo entiendo que este consentimiento sera valido desde el día de mi firma abajo y expirará sobre resolución de el caso según lo determinado por el equipo multidisciplinario. Yo ademas entiendo que yo puedo revocar este consentimiento a cualquier tiempo al notificar al centro de defensa infantil del condado de Sampson por carta, excepto en la medida que la información haya a sido revelado basada en este consentimiento o es requerida por ley.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre de persona autorizado a consentir Relación al niño/a Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo