****

Sampson County CAC

204 Sampson Street, Clinton, NC 28328

910-490-9100

**Autorización para la Liberación de Información**

**Nombre del Menor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ Apellido Primer Nombre Inicial 2do. Nombre

Fecha de Nacimiento del Menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MM/DD/AA

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tengo autoridad para dar consentimiento a la liberación de información confidencial y privilegiada del menor mencionado anteriormente como:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ | El padre del menor |
| \_\_\_\_ | El tutor legal o custodio del menor |

Con el fin de proporcional la mejor atencion y protección a los niños de nuestra comunidad, El Centro de Defensa Infantil Del Condado de Sampson colabora con un equipo multidisciplinario (MDT) formado por proveedores médicos, el Departamento de Servicios Sociales, agencias policiales, fiscales, proveedores de salud mental, defensores de las víctimas y otros. El propósito de este comunicado es facilitar el intercambio de información por parte de las agencias que participan en el MDT a fin de brindar el mejor tratamiento y protección al menor mencionado anteriormente.

Por lo presente Autorizo al CAC del condado de Sampson a divulgar/intercambiar información relacionada con sospechas de abuso fisico o sexual y/o negligencia obtenida durante la evaluación médica, entrevista forense o Evaluación del Menor/Familia que pueda facilitar el diagnóstico, tratamiento, investigación y/o intervención judicial de maltrato infantil a las agencias, organizaciones e individuos nombrados abajo e iniciadas por mí. También se puede utilizar para entrenamiento y educación. Entiendo que esto puede incluir información sobre abuso de drogas/alcohol, anemia de células falciformes, aborto, genética, 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 puede incluir imágenes, grabaciones y videos, que pueden usarse para documentar la evaluación.

Entiendo que existen leyes que requieren que el CAC del condado de Sampson divulgue/informe información al Departamento de Servicios Sociales y a las agencias de aplicación de la ley correspondientes cuando se sospeche de abuso y negligencia infantil.

También entiendo que el CAC del Condado de Sampson puede divulgar la información médica del menor a cualquier proveedor autorizado o centro médico al quien pueda ser referido para recibir atencion médica adicional.

Por la presente Autorizo al CAC del condado de Sampson a divulgar información confidencial y/o privilegiada del menor mencionado anteriormente a los siguientes:

Iniciales Iniciales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_ | Agencias Policiales | Name: | Terapeuta/Psiquiatra  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_ | Oficina del abogado del distrito/Fiscal | Name: | Otro  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_ | Miembros del Equipo Multidisciplinario enumerados en la Orden Administrativa adjunta | Name: | Otro  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Este consentimiento para liberación de información se me ha sido explicado y entiendo la información que puede ser divulgada/intercambiada, la necesidad de la información y que existen estatutos y regulaciones que protegen la confidencialidad de alguna o toda la información sujeta a esta liberación. Entiendo que una vez que se divulga cierta información médica, el recipiente puede divulgar o compartir la información con otros y es posible que ya no esté protegida por protecciones de privacidad federales y/o estatales.

Entiendo que mi decisión de firmar esta autorización no afectará el tratamiento proporcionado al menor mencionado anteriormente de ninguna manera.

Entiendo que este consentimiento será válido a partir de la fecha de mi firma a continuación y expirará después de la resolución del caso según lo determinado por el MDT. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando al CAC del Condado de Sampson por escrito, excepto en la medida en que la información ya se haya divulgado sobre la base de este consentimiento o la divulgación continua sea requerida por la ley.

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

Nombre de la persona autorizada para dar consentimiento Relación al Menor Fecha

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

Testigo Fecha