

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

### INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO

Aunque el Departamento Correccional de Menores de Idaho (IDJC) no es el **tutor legal** de su hijo, se convierte en el **custodio legal** durante el período de reclusión. La ley de Idaho requiere que el IDJC, como custodio legal, brinde atención médica razonable a cada menor bajo su custodia. Este formulario ofrece información sobre los tipos de atención médica y pruebas que el IDJC debe proporcionar legalmente, incluso sin el consentimiento de los padres, e identifica otros elementos en los cuales se necesita su consentimiento o rechazo antes de que su hijo pueda participar. Lea con atención. Si tiene preguntas sobre alguno de estos artículos, sírvase pedir que se le explique.

#### ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

El IDJC siempre valora su opinión sobre la situación médica de su hijo y se solicitará siempre que sea posible. El IDJC siempre intentará notificarlo respecto de cualquier atención médica (que no sea de rutina) que su hijo reciba, pero **no se requiere** su consentimiento previo por escrito para que el IDJC brinde los siguientes servicios. Incluya sus iniciales en cada artículo para reconocer que los entiende:

\_\_\_\_\_ 1. **Atención médica de rutina:** la ley exige que el IDJC asuma la responsabilidad por la atención involucrada en el tratamiento de enfermedades y lesiones de su hijo. Esto puede incluir exámenes, vacunas, radiografías, procedimientos de laboratorio, extracciones de sangre, administración de medicamentos, primeros auxilios y análisis de orina.

Sin embargo, no se exigirá que su hijo sea vacunado si se le proporciona al IDJC:

1) Una declaración firmada por un médico con licencia respecto a que la vida o la salud de su hijo estarían en peligro si se administra(n) la(s) vacuna(s) requerida(s); o

2) Una declaración firmada por usted que contenga el nombre de su hijo y una descripción de las objeciones que tiene respecto a la(s) vacuna(s) determinada(s) por razones religiosas o de otro tipo.

\_\_\_\_\_ 2. **Atención médica de emergencia:** se hará todo lo posible para comunicarnos con usted para obtener su consentimiento en los procedimientos médicos mayores recomendados por el proveedor médico, pero si no podemos comunicarnos con usted, el IDJC tomará las medidas necesarias para brindar atención médica de emergencia, cirugía u hospitalización en su ausencia o falta de disponibilidad cuando una demora en la prestación de los servicios médicos ponga en peligro la vida o la salud de su hijo.

\_\_\_\_\_ 3. **Análisis de orina:** el análisis de orina detecta la presencia de una variedad de fármacos (drogas) en la orina. Las muestras de orina se recogen de todos los residentes de forma aleatoria (al azar) o como análisis “sorpresa” y se envían a un laboratorio profesional para su examen. Un análisis de orina positivo puede tener consecuencias, incluyendo expulsión de su hijo de la colocación en el programa de tratamiento y/o la presentación de cargos penales.

\_\_\_\_\_ 4. **Tratamiento de salud mental:** si como parte de la política del IDJC de brindar la mejor atención de salud mental disponible a menores la autoridad médica competente determina que su hijo se beneficiaría de un régimen de psicofarmacología (medicamentos para tratar afecciones de salud mental), se le notificará que se recetaron medicamentos psicotrópicos de acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico de su hijo. El médico del IDJC tomará todas las determinaciones en cuanto a los tipos de medicamentos que se utilizarán mientras su hijo esté bajo custodia.

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD PROTEGIDA: se requiere el consentimiento de los padres**

Incluya sus iniciales en la línea proporcionada junto a cada categoría para indicar su permiso.

Yo, \_\_\_\_\_ el padre/tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del menor) por la presente autorizo lo siguiente:

\_\_\_\_\_ **5. Exámenes y divulgación de información sobre anticuerpos de VIH y otros patógenos:** la ley de Idaho requiere que el IDJC haga exámenes a ciertas personas encarceladas para detectar el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por la sangre. Además, la ley permite que los menores de 14 años o más se sometan al examen a petición propia.

Sin embargo, si su hijo solicita un examen de VIH/SIDA o un examen relacionado, pero:

- a) es menor de 14 años, y
- b) **la ley no exige** que se haga exámenes; usted debe dar su permiso antes de que se pueda realizar los exámenes. En ese caso, incluya sus iniciales si autoriza a nuestro médico o al Departamento de Salud del distrito a realizar exámenes en su hijo, que es menor de 14 años, para detectar anticuerpos de VIH y otros patógenos transmitidos por la sangre, y para entregar los resultados de los exámenes en el centro donde se encuentre ubicado su hijo, a la(s) persona(s) que transfirieron o internaron a su hijo con nosotros y a los proveedores de atención médica/dental que tratan a su hijo.

Esta información o los resultados se proporcionará solo en función de la "necesidad de conocimiento". Al marcar esto, usted exime a nuestro médico y/o al departamento de salud del distrito de cualquier responsabilidad relacionada con la divulgación legal de esta información.

\_\_\_\_\_ **6. Divulgación de registros de tratamiento:** usted da permiso a todas y cada una de las agencias u otros proveedores de atención médica que proporcionaron previamente a su hijo tratamiento de salud mental, médica o dental para divulgar toda la información relacionada con dicho tratamiento al Departamento Correccional de Menores de Idaho.

\_\_\_\_\_ **7. Divulgación de información médica protegida:** usted da permiso a todas y cada una de las agencias u otros proveedores de atención médica que le proporcionan a su hijo tratamiento de salud mental, médica o dental para divulgar toda la información de salud protegida relacionada con dicho tratamiento o examen al Departamento Correccional de Menores de Idaho durante la duración de la internación. Al incluir sus iniciales aquí, también da permiso para que todas las entidades e individuos que brindan atención médica a su hijo mientras está bajo custodia divulguen todos esos registros de atención médica al IDJC cuando lo solicite. Esto incluye todos los registros médicos y de salud mental, incluidas las notas psiquiátricas o de psicoterapia.

---

Este consentimiento tiene una validez de tres (3) años a partir de la fecha de ejecución. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento solo por escrito. Estoy autorizado a firmar esta Divulgación de Información y Consentimiento porque soy el padre, tutor legal o agente autorizado con la custodia legal del menor que está internado con el IDJC.

Este consentimiento seguirá a su hijo a lo largo de toda la ubicación para recibir tratamiento. La información generada por este comunicado se almacenará en el archivo del Departamento Correccional de Menores de Idaho. Se preservará la confidencialidad y se evitará la divulgación no autorizada de acuerdo con las regulaciones del IDJC, estatales y federales.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta del padre/tutor \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES**

Incluya sus iniciales en la línea proporcionada junto a cada categoría para indicar su permiso.

Yo, \_\_\_\_\_ el padre/tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del menor)  
por la presente autorizo lo siguiente:

\_\_\_\_\_ **Divulgación de registros escolares:** usted autoriza a las escuelas a las que su hijo asistió con anterioridad a divulgar todos los registros escolares al distrito escolar receptor. Haga una lista de las escuelas a las cuales asistió su hijo:

Escuela	Grados completados	Fechas

\_\_\_\_\_ **Permiso para evaluar:** usted da permiso para que su hijo participe en las pruebas educativas durante el proceso de observación y evaluación.

\_\_\_\_\_ **Exención de responsabilidad de instalaciones/pertenencias personales:** usted da su permiso para que las posesiones y pertenencias personales de su hijo permanezcan con su hijo mientras se lo ubica en un centro del IDJC o en un centro contratado. Usted entiende que la instalación no reemplazará esta propiedad en caso de pérdida, robo o rotura. Cuando su hijo complete el programa del centro, podrá llevarse las pertenencias.

\_\_\_\_\_ **Comunicado de participación en proyectos de servicio comunitario; exención de responsabilidad por los participantes menores de 18 años:** usted exime al estado de Idaho y a sus socios, así como a sus funcionarios, agentes y empleados, de todas las reclamaciones, demandas y causas de acción de cualquier tipo por cualquier daño y/o lesión que pueda resultar de la participación de su hijo en proyectos de servicio comunitario y otras actividades voluntarias. Usted acepta eximir de responsabilidad al estado de Idaho y a sus socios y funcionarios, agentes y empleados por cualquier daño o lesión que resulte de cualquier negligencia o acto ilícito intencional por parte de su hijo durante la participación en dichas actividades voluntarias.

\_\_\_\_\_ **Autorización para actividades fuera de las instalaciones:** usted da permiso para que su hijo participe en salidas sociales y recreativas de bajo riesgo supervisadas por el personal del programa residencial.

Si hay alguna actividad en la que, por motivos de salud o de otro tipo, usted no desee que su hijo participe, anote aquí las actividades y sus inquietudes al respecto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Acuerdo de los padres/tutores para participar en terapia:** siempre que sea posible, el Departamento está obligado por el estatuto de Idaho a involucrar a los padres/tutores en el tratamiento de rehabilitación de un menor. Por la presente, usted acepta participar voluntariamente en sesiones de terapia familiar con un terapeuta calificado, como parte del programa de rehabilitación regular de su hijo. Además, usted se compromete a cumplir con las condiciones de la terapia familiar, según lo estipulado por el terapeuta de su hijo. *\*Nota: es posible que el tribunal haya ordenado dicha participación. Consulte su orden judicial de internación.*

\_\_\_\_\_ **Divulgación de registros de libertad condicional de menores:** el Departamento colabora estrechamente con los oficiales de libertad condicional de menores del condado, que son funcionarios del tribunal, para planificar la reintegración de su hijo en la comunidad. Por la presente, usted autoriza al Departamento a compartir información confidencial sobre su hijo, incluidos los documentos de observación y evaluación y ubicación, con el oficial de libertad condicional asignado al caso de su hijo. Cualquier información compartida servirá para ayudar al oficial de libertad condicional a planificar la reintegración de su hijo en la comunidad.

### SERVICIOS DE CUIDADO POSTERIORES

\_\_\_\_\_ **Reintegración y cuidados posteriores:** si usted y su hijo deciden acceder a los servicios de reintegración/transición y cuidados posteriores después de ser dados de alta del Departamento Correccional de Menores de Idaho, le otorgan permiso al Departamento para divulgar la información del tratamiento a los proveedores de servicios designados para ayudar en el desarrollo de un plan de reintegración para acceder a los servicios.

\_\_\_\_\_ **Servicios de salud y bienestar:** si usted y su hijo deciden solicitar servicios al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, después de ser dados de alta del Departamento Correccional de Menores de Idaho, le otorgan permiso al Departamento Correccional de Menores de Idaho para divulgar información sobre el tratamiento al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para ayudar a completar la solicitud.

Este consentimiento tiene una validez de tres (3) años a partir de la fecha de ejecución. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento solo por escrito. Estoy autorizado a firmar esta Divulgación de Información y Consentimiento porque soy el padre, tutor legal o agente autorizado con la custodia legal del menor que está internado en el Departamento Correccional de Menores de Idaho.

Este consentimiento seguirá a su hijo a lo largo de toda la ubicación para recibir tratamiento. La información generada por este comunicado se almacenará en el archivo del Departamento Correccional de Menores de Idaho. Se preservará la confidencialidad y se evitará la divulgación no autorizada de acuerdo con las regulaciones del Departamento, estatales y federales.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la madre: \_\_\_\_\_