

Departamento Correccional de Menores de Idaho
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
18 años o más

INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO

Aunque el Departamento Correccional de Menores de Idaho (IDJC) no es su **tutor legal**, se convierte en su **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 su consentimiento, e identifica otros elementos en los cuales se necesita su consentimiento o rechazo antes de que pueda participar. Lea con atención. Si tiene preguntas sobre alguno de estos artículos, pida que el personal se lo explique.

ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

El IDJC siempre valora su opinión sobre su situación médica y la solicitará siempre que sea posible. El IDJC siempre intentará notificarle respecto de cualquier atención médica (que no sea de rutina) que reciba, pero no se requiere su consentimiento previo por escrito para que el IDJC le 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. 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 estar vacunado si se le proporciona al IDJC:

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

2) una declaración firmada por usted que contenga su nombre y una descripción de las objeciones que tiene hacia las vacunas específicas por motivos religiosos o de otro tipo.

- _____ 2. **Atención médica de emergencia:** se hará todo lo posible para obtener su consentimiento para los procedimientos médicos mayores recomendados por el proveedor médico, pero si no puede dar su consentimiento, el IDJC tomará las medidas necesarias para brindar atención médica de emergencia, cirugía u hospitalización cuando un retraso en la prestación de los servicios médicos pueda poner en peligro su vida o su salud.

- _____ 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 la expulsión 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 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 su diagnóstico psiquiátrico. El médico del IDJC tomará todas las determinaciones en cuanto a los tipos de medicamentos que se utilizarán mientras usted esté bajo custodia.

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD PROTEGIDA: se requiere consentimiento

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

Yo, _____ (nombre del joven) tengo más de dieciocho (18) años y por la presente doy mi permiso para 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.

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 le proporcionaron previamente 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 tratamiento de salud mental, médica o dental para divulgar toda la información de salud protegida relacionada con dicho tratamiento o examen al IDJC durante la duración de la internación. Al incluir sus iniciales aquí, también da permiso para que todas las entidades e individuos que le brindan atención médica mientras este 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 mayor de dieciocho (18) años y soy un joven que está internado en el IDJC.

Este formulario lo seguirá en el transcurso de su ubicación. La información generada por este comunicado se almacenará en la base de datos estatal 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 joven (mayores de 18 años)

Fecha: _____

Nombre en imprenta del joven

Fecha de nacimiento

AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

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

Yo, _____ (su nombre) por la presente doy mi permiso para lo siguiente:

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

Escuela	Grados completados	Fechas

_____ **Permiso para evaluar:** si corresponde, usted da permiso para participar en las pruebas educativas durante el proceso de observación y evaluación.

_____ **Exención de responsabilidad de instalaciones/pertenencias personales:** usted otorga su permiso para que sus posesiones y pertenencias personales permanezcan con usted mientras sea residente. Usted entiende que la instalación no reemplazará esta propiedad en caso de pérdida, robo o rotura. Cuando complete el programa del centro, podrá llevarse las pertenencias con usted.

_____ **Comunicado de participación en proyectos de servicio comunitario; exención de responsabilidad por los participantes mayores 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 su participación 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 de su parte durante su participación en dichas actividades voluntarias.

_____ **Autorización para actividades fuera de las instalaciones:** usted da permiso para participar 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, no desee participar, anote aquí las actividades y sus inquietudes al respecto:

_____ **El padre/tutor participará en el asesoramiento:** siempre que sea posible, el IDJC está obligado por el estatuto de Idaho a involucrar a los padres/tutores en un programa de rehabilitación de jóvenes, incluso cuando dicho joven sea mayor de 18 años. Usted comprende que la participación en sesiones de terapia familiar con un terapeuta calificado es parte de su programa de rehabilitación regular. Usted se compromete a cumplir con las condiciones de la terapia familiar, según lo estipulado por su terapeuta. **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 su reintegración en la comunidad. Por la presente, usted autoriza al Departamento a compartir información confidencial sobre usted, incluidos los documentos de observación y evaluación y ubicación, con el oficial de libertad condicional asignado a su caso. Cualquier información compartida servirá para ayudar al oficial de libertad condicional a planificar su reintegración en la comunidad.

SERVICIOS DE CUIDADO POSTERIORES

_____ **Reintegración y cuidados posteriores:** si decide acceder a los servicios de reintegración/transición después de ser dado de alta del IDJC, le otorga permiso al IDJC 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 decide solicitar servicios al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, después de ser dado de alta del Departamento Correccional de Menores de Idaho, le otorga 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 mayor de dieciocho (18) años y soy un joven que está internado en el IDJC.

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

Firma del joven (mayores de 18 años)

Fecha: _____

Nombre en imprenta del joven

Fecha de nacimiento