

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, sí se convierte en el custodio legal durante el período de internación. La ley de Idaho exige que el IDJC, como custodio legal, brinde atención médica razonable a cada menor bajo su custodia. Este formulario proporciona información sobre los tipos de atención médica y pruebas que el IDJC está legalmente obligado a proporcionar, incluso sin el consentimiento de los padres, e identifica otros elementos en los que se necesita su consentimiento o denegación antes de que su hijo pueda participar. Lea atentamente. Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos artículos, pídale al personal que se lo explique.

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

El IDJC siempre valora sus comentarios sobre la situación médica de su hijo y los solicitará siempre que sea posible. El IDJC siempre intentará notificarle sobre cualquier atención médica (que no sea de rutina) que reciba su hijo, pero **no se requiere** su consentimiento previo por escrito para que el IDJC brinde estos servicios. Por favor ponga sus iniciales en cada elemento para reconocer su comprensión:

_____ 1. **Atención médica de rutina:** el IDJC está obligado por ley a asumir la responsabilidad de 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 será necesario vacunar a su hijo si se le proporciona al IDJC:

- a) Una declaración firmada por un médico autorizado de que la vida o la salud de su hijo estarían en peligro si se le administraran las vacunas requeridas; o,
- b) Una declaración firmada por usted que contiene el nombre de su hijo y una descripción de las objeciones que tiene a determinadas vacunas por motivos religiosos o de otro tipo.

Cualquier vacuna administrada a su hijo se documentará en el Sistema de información para recordatorios de vacunación (IRIS) de Idaho. La participación en IRIS es voluntaria y usted puede optar por no participar en cualquier momento comunicándose con el Programa de vacunación de Idaho al (208) 334-5931, para solicitar y completar un formulario de exclusión voluntaria y notificar al IDJC.

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

_____ 3. **Tratamiento de salud mental:** si, como parte de la política del IDJC de brindar la mejor atención de salud mental disponible para menores, la autoridad médica competente determina que su hijo se beneficiaría de un régimen de psicofarmacología (medicamentos para tratar condiciones de salud mental), se le notificará que los medicamentos psicotrópicos apropiados para el diagnóstico psiquiátrico de su hijo han sido recetados. El médico del IDJC tomará todas las determinaciones sobre los tipos de medicamentos utilizados mientras su hijo esté bajo custodia.

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

Por favor ponga sus iniciales en la línea provista al lado de cada categoría para indicar su permiso.

Yo, _____ el padre/tutor de _____ (nombre del menor), por la presente doy mi permiso para lo siguiente:

_____ 4. **Pruebas y divulgación de información sobre anticuerpos contra el VIH y otros patógenos:** la ley de Idaho exige que el IDJC realice pruebas de VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por la sangre a ciertas personas encarceladas. Además, la ley permite que los menores de 14 años o más se realicen pruebas si así lo solicitan.

Sin embargo, si su hijo solicita una prueba de VIH/SIDA o una prueba relacionada, pero es:

- a) menor de 14 años, y
- b) **la ley no exige** que se sometan a pruebas; debe dar su permiso antes de que se puedan realizar las pruebas. En ese caso, escriba sus iniciales si autoriza a nuestro médico o al Departamento de Salud del distrito a realizar pruebas a su hijo, menor de 14 años, para detectar anticuerpos contra el VIH y otros patógenos transmitidos por la sangre, y a divulgar los resultados de las pruebas al centro donde su hijo esté ubicado, a la(s) persona(s) que transfirieron o confiaron a su hijo con nosotros y a los proveedores de atención médica/dental que tratan a su hijo.

Esta información se proporcionará únicamente cuando sea "necesario saberlo". Al marcar esto, usted libera a nuestro médico y/o al departamento de salud del distrito de toda responsabilidad relacionada con la divulgación legal de esta información.

_____ 5. **Divulgación de registros de tratamiento:** usted da permiso a todas y cada una de las agencias u otros proveedores de atención médica que previamente le hayan brindado a su hijo tratamiento médico, dental o de salud mental para divulgar toda la información relacionada con dicho tratamiento al Departamento Correccional de Menores de Idaho.

_____ 6. **Divulgación de información médica protegida al IDJC:** usted da permiso a todas y cada una de las agencias u otros proveedores de atención médica que brindan a su hijo tratamiento médico, dental o de salud mental para divulgar toda la información de salud protegida relacionada con dicho tratamiento o prueba al Departamento Correccional de Menores de Idaho durante el período de internación. Al poner sus iniciales aquí, también otorga permiso a todas las entidades e individuos que brindan atención médica a su hijo mientras está bajo custodia para que entreguen todos esos registros de atención médica al IDJC cuando se los solicite. Esto incluye todos los registros médicos y de salud mental, incluidas las notas psiquiátricas o de psicoterapia.

Entiendo que los registros anteriores están protegidos según las regulaciones federales, incluida la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 CFR Partes 160 y 164, y/o Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Parte 2, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se establezca lo contrario en estas regulaciones. Los destinatarios de esta información no podrán volver a divulgarla, excepto en relación con sus deberes oficiales. Entiendo que esta autorización está sujeta a revocación por mi parte si la proporciono por escrito, excepto en la medida en que la divulgación ya haya ocurrido en función de esta autorización. Entiendo que no estoy obligado a ejecutar esta autorización y que puedo negarme a hacerlo y que ninguna elegibilidad para tratamiento o beneficios está condicionada a su ejecución.

Este consentimiento tiene una vigencia 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 internado en el IDJC.

Este consentimiento acompañará a su hijo durante su colocación para el tratamiento. La información generada por esta divulgación se conservará 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 federales, estatales y del IDJC.

Firma del padre/tutor

Nombre impreso

Fecha

RENUNCIAS Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

Por favor ponga sus iniciales en la línea provista al lado de cada elemento para indicar su permiso.

Yo, _____ el padre/tutor de _____ (nombre del menor), por la presente doy mi permiso para lo siguiente:

_____ **Divulgación de registros escolares:** Usted autoriza a las escuelas a las que su hijo ha asistido anteriormente a divulgar todos los registros escolares al distrito escolar receptor. Por favor indique las escuelas a las que ha asistido su hijo:

Escuela	Grados completados	Fechas

_____ **Permiso para evaluar:** usted da permiso para que su hijo participe en 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 él mientras se encuentre en un establecimiento del IDJC o en un establecimiento contratado. Usted comprende que el establecimiento no reemplazará este bien en caso de pérdida, robo o rotura. Cuando su hijo complete el programa del establecimiento, podrá llevarse consigo sus pertenencias personales.

_____ **Pruebas de análisis de orina:** el análisis de orina detecta la presencia de una variedad de drogas en la orina. Se recolectan muestras de orina de todos los residentes de forma aleatoria o “sorpresa” y se envían a un laboratorio profesional para su análisis. Puede haber consecuencias por una prueba de análisis de orina positiva, incluido el retiro de su hijo de la colocación de cuidado por contrato y/o cargos penales.

_____ **Liberación de participación en proyectos de servicio comunitario – Liberación de participantes menores de 18 años:** usted libera y exime al estado de Idaho y sus socios y funcionarios, agentes y empleados de todos los reclamos, demandas y derechos de acción de todo tipo por cualquier daño y/o lesión que pueda resultar de la participación del menor en proyectos de servicio comunitario y otras actividades voluntarias. Usted acepta eximir de responsabilidad al estado de Idaho y sus socios y funcionarios, agentes y empleados por cualquier daño o lesión resultante de cualquier negligencia o mala conducta intencional por parte del menor durante la participación en dichas actividades voluntarias.

_____ **Salida fuera del establecimiento:** 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 u otros motivos, no desea que su hijo participe, anote aquí las actividades y sus inquietudes:

_____ **Acuerdo de padre/tutor para participar en consejería:** 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 voluntariamente participar en sesiones de terapia familiar con un terapeuta calificado, como parte del programa regular de rehabilitación de su hijo. Además, se compromete a cumplir con las condiciones de la terapia familiar estipuladas 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 a Libertad condicional de menores:** el Departamento colabora estrechamente con los funcionarios de la libertad condicional de menores del condado, que son funcionarios del tribunal, para planificar la reintegración de su hijo a la comunidad. Por la presente, usted da permiso al Departamento para compartir información confidencial sobre su hijo, incluidos los Documentos de observación y evaluación y colocación, con el oficial de libertad condicional asignado al caso de su hijo. Cualquier información compartida será para ayudar al oficial de libertad condicional a planificar la reintegración de su hijo a la comunidad.

_____ **Intercambio de información médica protegida:** los clínicos certificados o terapeutas y administradores de caso (p. ej., coordinadores de servicios para menores, especialistas en rehabilitación) pueden compartir información o registros de evaluación y tratamiento con miembros del equipo de tratamiento, incluidos los funcionarios de libertad condicional. Los clínicos pueden compartir información obtenida durante las sesiones de asesoramiento con miembros del equipo de tratamiento, incluidos, entre otros, administradores de caso, funcionarios de libertad condicional y personal de rehabilitación, según sea necesario para brindar atención y tratamiento.

SERVICIOS DE CUIDADO POSTERIOR

_____ **Reintegración y cuidados posteriores:** si usted y su hijo deciden acceder a servicios de reintegración/transición y de cuidados posteriores después de la liberación del Departamento Correccional de Menores de Idaho, usted le da permiso al Departamento para divulgar información sobre el 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 la liberación del Departamento Correccional de Menores de Idaho, usted le otorga permiso al Departamento para divulgar información sobre el tratamiento de su hijo al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para colaborar con la finalización de la solicitud.

Este consentimiento tiene una vigencia 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 acompañará a su hijo durante su colocación para el tratamiento. La información generada por esta divulgación se conservará 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 federales, estatales y del Departamento.

Firma del padre/tutor

Nombre en imprenta del padre/tutor

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico padre: _____ Correo electrónico madre: _____