

Departamento Correccional de Menores de Idaho  
**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

*Joven 18 años de edad o mayor*

**INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO**

Aunque el Departamento Correccional de Menores de Idaho (IDJC) no es su tutor legal, 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 su consentimiento, e identifica otros elementos en los que se necesita su consentimiento o denegación antes de que 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 su situación médica y los solicitará siempre que sea posible. El IDJC siempre intentará notificarle sobre cualquier atención médica (que no sea de rutina) que reciba, pero no se requiere su consentimiento previo por escrito para que el IDJC brinde los siguientes 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 suyas. 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 vacunarse si se le proporciona al IDJC:

a) una declaración firmada por un médico autorizado de que su vida o su salud estarían en peligro si se le administraran las vacunas requeridas; o,

b) usted firma una declaración que contiene su nombre y una descripción de las objeciones que tiene a determinadas vacunas por motivos religiosos o de otro tipo.

*Cualquier vacuna que se le administre 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 obtener su consentimiento para procedimientos médicos importantes específicos recomendados por el proveedor médico, pero si usted no puede dar su consentimiento, el IDJC tomará todas las medidas necesarias para brindar atención médica de emergencia, cirugía u hospitalización cuando una demora en la prestación de servicios médicos pondría en peligro su vida o su salud.

\_\_\_\_\_ **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 usted se beneficiaría de un régimen de psicofarmacología (medicamentos para tratar condiciones de salud mental), se le notificará que los medicamentos psicotrópicos apropiados para su diagnóstico psiquiátrico han sido recetados. El médico del IDJC tomará todas las determinaciones sobre los tipos de medicamentos utilizados mientras usted esté bajo custodia.

## INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD PROTEGIDA: se requiere consentimiento

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

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del joven) tengo más de dieciocho (18) años y 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.

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 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 tratamiento de salud mental, médico o dental 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 cada una de las agencias u otros proveedores de atención médica que le brindan tratamiento de salud mental, médico o dental para divulgar toda la información de salud protegida relacionada con dicho tratamiento o prueba al IDJC durante la duración de la internación. Al poner sus iniciales aquí, también otorga permiso a todas las entidades e individuos que le brindaron atención médica mientras estaba 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.

\_\_\_\_\_ **7. Divulgación a un individuo específico:** doy permiso específicamente para compartir mi información privada de salud o tratamiento con:

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Otro individuo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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 tengo más de dieciocho (18) años y soy un joven internado en el IDJC.

Este formulario lo acompañará en su colocación. La información generada por esta divulgación se conservará 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 federales, estatales y del departamento.

Firma del Joven (mayor de 18 años) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta del joven \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## RENUNCIAS Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

Por favor ponga sus iniciales en la línea provista al lado de cada elemento 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 ha asistido anteriormente a divulgar todos los registros escolares al distrito escolar receptor. Por favor indique las escuelas a las que ha asistido:

Escuela	Grados completados	Fechas

\_\_\_\_\_ **Permiso para evaluar:** usted acepta participar en pruebas educativas durante el proceso de Observación y Evaluación.

\_\_\_\_\_ **Exención de responsabilidad de instalaciones/pertenencias personales:** usted da su permiso para que sus posesiones y efectos personales estén con usted mientras sea residente. Usted comprende que el establecimiento no reemplazará este bien en caso de pérdida, robo o rotura. Cuando complete el programa del establecimiento, podrá llevarse consigo sus efectos 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, incluida su expulsión de la colocación de atención por contrato y/o cargos penales.

\_\_\_\_\_ **Liberación de participación en proyectos de servicio comunitario – Liberación de participantes mayores 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 su participación 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 acto ilícito intencional de su parte durante su participación en dichas actividades voluntarias.

\_\_\_\_\_ **Salida fuera del establecimiento:** está de acuerdo a 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 u otros motivos, no desea participar, anote aquí las actividades y sus inquietudes:

\_\_\_\_\_ **Padre/Tutor para participar en consejería:** siempre que sea posible, el IDJC está obligado por el estatuto de Idaho a involucrar a los padres/tutores en el programa de rehabilitación de un joven internado, 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 habitual de rehabilitación. Se comprometes a cumplir con las condiciones de la terapia familiar estipuladas por su terapeuta. *\*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 libertad condicional de menores del condado, que son funcionarios del tribunal, para planificar su reintegración a la comunidad. Por la presente, usted da permiso al Departamento para compartir información confidencial sobre usted, incluidos los documentos de observación y evaluación y colocación, con el oficial de libertad condicional asignado a su caso. Cualquier información compartida será para ayudar al oficial de libertad condicional a planificar su reintegración 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 decide acceder a servicios de reintegración/transición después de la liberación del IDJC, usted le da permiso al IDJC 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 decide solicitar servicios al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho después de ser liberado 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 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 tengo más de dieciocho (18) años y soy un joven internado en el IDJC.

Este consentimiento lo acompañará durante su colocación para el tratamiento. La información generada por esta divulgación se conservará en la base de datos estatal del Departamento Correccional de Menores de Idaho y se preservará la confidencialidad y se evitará la divulgación no autorizada de acuerdo con las regulaciones federales, estatales y del IDJC.

\_\_\_\_\_  
Firma del Joven (mayor de 18 años)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento