DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES JUVENILES DE IDAHO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MENOR

PROPORCIONAR EL CONSENTIMIENTO GENERAL ES OPCIONAL Y, EN SU LUGAR, PUEDE OTORGARSE CASO POR CASO. UN PADRE O UNA MADRE PUEDE RETIRAR EL CONSENTIMIENTO GENERAL EN CUALQUIER MOMENTO.

Aunque el Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho (IDJC) no es el tutor legal de su hijo/a, sí se convierte en su **custodio legal** durante el período de internamiento. La ley de Idaho exige que el IDJC, como custodio legal, brinde atención médica razonable a cada menor bajo su custodia.

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Con mis iniciales a continuación, doy mi consentimiento voluntario y autorizo al Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho y a sus médicos, profesionales y personal empleados o afiliados (en conjunto, los "Proveedores") a realizar evaluaciones médicas, diagnósticos y tratamientos; servicios de diagnóstico, incluidas pruebas de laboratorio; la prescripción y administración de medicamentos; consejería; y cualquier otro servicio de atención médica, según se define en el Código de Idaho (I.C.) §32-1015, que el Proveedor tratante considere razonablemente necesario y apropiado. Entiendo que mi consentimiento autoriza específicamente a mi hijo/a a obtener servicios de atención médica que incluyen, entre otros, vacunas, atención de salud mental y servicios para el abuso de sustancias. Este consentimiento constituirá un "consentimiento general" en el sentido del I.C. §32-1015(4)(a) y tiene por objeto autorizar específicamente dichos servicios de atención médica. Si no se colocan las iniciales, se considerará que usted opta por no recibir dicho tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y DE SALUD MENTAL

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICOS

El IDJC valora su opinión sobre la situación médica de su hijo/a y siempre intentará notificarle cualquier atención médica (que no sea de rutina) que su hijo/a reciba, pero no se requiere su consentimiento previo por escrito para que el IDJC preste estos servicios. Por favor, ponga sus iniciales en cada punto para confirmar que lo entiende y da su consentimiento:

_____ 1. **Atención médica de rutina:** La ley exige que el IDJC asuma la responsabilidad de la atención médica de rutina y del tratamiento de enfermedades y lesiones de su hijo/a, así como de la atención de la vista y dental, según sea necesario. Esto puede incluir exámenes, vacunas, radiografías, procedimientos de laboratorio, extracciones de sangre, administración de medicamentos, primeros auxilios y análisis de orina.

_____ **2. Vacunas:** Hay ciertas vacunas recomendadas para diversos grupos de edad. Las vacunas se recomiendan, pero nunca son obligatorias. No se exigirá que su hijo/a sea vacunado/a si se proporciona al IDJC:

a) Una declaración firmada por un médico con licencia en la que conste que la vida o la salud de su hijo/a correría peligro si se administran las vacunas exigidas; o,

b) Usted firma una declaración que contenga el nombre de su hijo/a y una descripción de las objeciones que tenga a determinadas vacunas por motivos religiosos o de otra índole.

Toda vacuna que se le administre a su hijo/a se registrará en el Sistema de Información y Recordatorio de Vacunación de Idaho (Idaho's Immunization Reminder Information System, IRIS). 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, solicitando y completando un formulario de exclusión y notificándolo al IDJC.*

_____ **3. Atención médica de emergencia:** Se hará todo lo posible por comunicarse con usted para obtener su consentimiento para procedimientos médicos específicos y de importancia recomendados por el proveedor médico, pero si no podemos localizarlo/a, el IDJC tomará las medidas que sean necesarias para brindar atención médica o dental de emergencia, cirugía u hospitalización en su ausencia o indisponibilidad cuando una demora en la prestación de los servicios médicos ponga en peligro la vida o la salud de su hijo/a.

_____ **4. Tratamiento de salud mental:** El proveedor médico del IDJC tomará todas las determinaciones sobre los tipos y las dosis de los medicamentos que se usen mientras su hijo/a esté bajo custodia, si determina que su hijo/a se beneficiaría de un régimen de psicofarmacología (medicamentos para tratar afecciones de salud mental). Posteriormente se le notificará que se han recetado medicamentos psicotrópicos acordes con el diagnóstico psiquiátrico de su hijo/a. Sus iniciales aquí indican que usted da su consentimiento para que su hijo/a tome estos medicamentos según los recete el proveedor médico.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por favor, ponga sus iniciales en la línea provista junto a cada categoría para indicar su permiso.

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

_____ **5. Pruebas de detección y divulgación de información sobre anticuerpos contra el VIH y otros patógenos:** La ley de Idaho exige que el IDJC haga pruebas de detección del VIH/SIDA y de otras enfermedades transmitidas por la sangre a ciertas personas encarceladas.
Si su hijo/a solicita una prueba de VIH/SIDA o relacionada, **y la ley no exige** que se le haga la prueba, usted debe dar su permiso antes de que esta pueda realizarse. En ese caso, por favor ponga sus iniciales si autoriza a nuestro médico o al Departamento de Salud del distrito a hacerle a su hijo/a la prueba de anticuerpos contra el VIH y de otros patógenos transmitidos por la sangre, y a divulgar los resultados al centro donde su hijo/a sea ubicado/a, a la(s) persona(s) que lo/la trasladó o internó con nosotros, y a los proveedores de atención médica/dental que traten a su hijo/a. Con sus iniciales en esta sección, usted exime a nuestro médico y/o al departamento de salud del distrito de toda responsabilidad relacionada con la divulgación legal de esta información.

_____ **6. Divulgación de registros de tratamiento:** Usted autoriza a todas las agencias u otros proveedores de atención médica que hayan brindado anteriormente a su hijo/a tratamiento de salud mental, médico o dental a divulgar al Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho toda la información relacionada con dicho tratamiento.

_____ **7. Divulgación de información de salud protegida al IDJC:** Usted autoriza a todas las agencias u otros proveedores de atención médica que brinden a su hijo/a tratamiento de salud mental, médico o dental a divulgar al Departamento

de Correccionales Juveniles de Idaho toda la información de salud protegida relacionada con dicho tratamiento o pruebas durante el período de internamiento. Al poner sus iniciales aquí, usted también autoriza a todas las entidades y personas que brinden atención médica a su hijo/a mientras esté bajo custodia a divulgar todos esos registros de atención médica al IDJC cuando este lo solicite. Esto incluye todos los registros médicos y de salud mental, incluidas las notas de psiquiatría o psicoterapia.

_____ **8. Acuerdo del padre/madre/tutor para participar en la consejería:** Siempre que sea posible, el Departamento está obligado por la ley 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/a. Asimismo, usted acepta cumplir las condiciones de la terapia familiar que establezca el terapeuta de su hijo/a. **Nota: es posible que el tribunal haya ordenado dicha participación. Consulte la orden judicial de internamiento.*

_____**9. Divulgación de registros a la libertad condicional juvenil:** El Departamento colabora estrechamente con los oficiales de libertad condicional juvenil de los condados, que son funcionarios del tribunal, para planificar la reintegración de su hijo/a a la comunidad. Por la presente, usted autoriza al Departamento a compartir información que de otro modo sería confidencial sobre su hijo/a, incluidos los documentos de Observación y Evaluación y de ubicación, con el oficial de libertad condicional asignado al caso de su hijo/a. Toda la información que se comparta será para ayudar al oficial de libertad condicional a planificar la reintegración de su hijo/a a la comunidad.

_____ **10. Intercambio de información de salud protegida:** Los clínicos con licencia y los administradores de casos (p. ej., Coordinadores de Servicios Juveniles, Especialistas en Rehabilitación) pueden compartir información o registros de evaluación y tratamiento con los miembros del equipo de tratamiento, incluidos los oficiales de libertad condicional. Los clínicos con licencia pueden compartir la información obtenida durante las sesiones de consejería con los miembros del equipo de tratamiento, incluidos, entre otros, administradores de casos, oficiales de libertad condicional y Personal de Atención Directa, según sea necesario para la prestación de la atención y el tratamiento.

Entiendo que los registros anteriores están protegidos por regulaciones federales, entre ellas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 CFR Partes 160 y 164, y/o la regulación sobre Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Problemas de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que dichas regulaciones dispongan otra cosa. Los destinatarios de esta información no pueden volver a divulgarla, salvo en relación con el desempeño de sus funciones oficiales. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización si lo hago por escrito, excepto en la medida en que la divulgación ya se haya realizado con base en esta autorización. Entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta autorización, que puedo negarme a hacerlo y que ningún tratamiento ni la elegibilidad para beneficios está condicionado a que la firme.

DURACIÓN Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO – Entiendo que este consentimiento es válido por tres (3) años a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al IDJC. Reconozco que la revocación del consentimiento puede no surtir efecto en situaciones de emergencia en las que la vida o la salud de mi hijo/a estén en riesgo, y que no se aplica a ningún uso o divulgación realizado por el IDJC antes de recibir el formulario de revocación completado, ni a los usos o divulgaciones exigidos por la ley. Estoy autorizado/a a firmar esta Autorización para Divulgar Información y Consentimiento porque soy el padre, la madre, el tutor legal o el representante autorizado a quien se ha conferido la custodia legal del menor internado en el IDJC.

Entiendo que este consentimiento acompañará a mi hijo/a durante toda su ubicación para tratamiento. La información generada por esta autorización se conservará en el expediente del Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho. Se preservará la confidencialidad y se evitará la divulgación no autorizada de conformidad con las regulaciones del IDJC, estatales y federales.

Firma del padre/madre/tutor:_____ Fecha:_____

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor_____

AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

Por favor, ponga sus iniciales en la línea provista junto a cada categoría para indicar su permiso.

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

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

Escuela	Grados completados	Fechas

_____ **Divulgación de registros a entidades educativas:** El Departamento colabora estrechamente con escuelas, instituciones postsecundarias, Rehabilitación Vocacional, el Departamento de Trabajo, Idaho Launch, GED y otros programas académicos o de orientación profesional que pueden requerir expedientes académicos u otra documentación educativa para poder proceder con los servicios educativos. (Esto puede incluir crear cuentas, gestionar adaptaciones, determinar servicios, orientar la ubicación y/o ayudar con la reintegración a la comunidad educativa y a la comunidad en general). Por la presente, usted autoriza a Juniper Hills Schools a compartir con el IDJC información sobre su hijo/a que de otro modo sería confidencial, incluidos expedientes académicos, calificaciones, expedientes de educación especial y otra información normalmente protegida por FERPA. Pueden requerirse firmas adicionales.

_____ **Consentimiento para que los créditos de la escuela intermedia/secundaria básica cuenten como créditos de preparatoria:** En determinadas circunstancias, los créditos de la escuela intermedia/secundaria básica pueden contar como créditos de preparatoria. (Esto suele ocurrir cuando el curso lo imparte un docente certificado para preparatoria, cuando un joven de la escuela intermedia/secundaria básica ha cumplido sus requisitos de educación física de ese nivel pero sigue obteniendo créditos de educación física, o cuando un joven toma un curso avanzado de matemáticas (Álgebra I o superior) siendo estudiante de la escuela intermedia/secundaria básica). Por la presente, usted autoriza a Juniper Hills Schools a otorgar créditos de preparatoria por créditos de escuela intermedia, solo cuando la situación lo justifique.

_____ **Permiso para evaluar:** Usted autoriza a su hijo/a a participar en pruebas educativas durante el proceso de Observación y Evaluación.

_____ **Ejercicio religioso:** Reconozco que mi hijo/a tiene derecho al libre ejercicio de su religión, según lo reconocen la Constitución de los EE. UU., la Constitución de Idaho y la Ley de Uso de la Tierra para Fines Religiosos y de Personas Institucionalizadas (Religious Land Use and Institutionalized Persons Act, RLUIPA). Entiendo que el IDJC hará esfuerzos razonables para facilitar las prácticas religiosas de mi hijo/a, sujetas a necesidades legítimas de seguridad, protección y operación.

_____ **Exención de responsabilidad por las pertenencias del centro o personales:** Usted autoriza que las posesiones y pertenencias personales de su hijo/a permanezcan con él o ella mientras esté ubicado/a en un centro del IDJC o en un centro contratado. Usted entiende que el centro no repondrá estos bienes si se pierden, son robados o se dañan. Cuando su hijo/a complete el programa del centro, podrá llevarse sus pertenencias.

_____ **Análisis de orina:** El análisis de orina detecta la presencia de diversas drogas en la orina. Se recogen muestras de orina de todos los residentes de manera aleatoria o "sorpresa" y se envían a un laboratorio profesional para su detección. Un resultado positivo puede tener consecuencias, entre ellas el retiro de su hijo/a de su ubicación en atención contratada y/o cargos penales.

_____ **Exención por participación en proyectos de servicio comunitario – Exención para participantes menores de 18 años:** Usted libera y exonera al estado de Idaho y a sus socios, y a sus funcionarios, agentes y empleados, de todo reclamo, demanda y causa de acción de cualquier tipo por cualquier daño 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 a sus socios, y a sus funcionarios, agentes y empleados, por cualquier daño o lesión que resulte de cualquier negligencia o conducta dolosa por parte del menor durante su participación en dichas actividades voluntarias.

_____ **Exención para salidas fuera del centro:** Usted autoriza a su hijo/a a participar en salidas sociales y recreativas de bajo riesgo supervisadas por el personal del programa residencial. Si hay actividades en las que, por motivos de salud u otros, usted no desea que su hijo/a participe, indique aquí las actividades y sus inquietudes:

_____

_____

SERVICIOS DE ATENCIÓN POSTERIOR

_____ **Reintegración y atención posterior:** Si usted y su hijo/a deciden acceder a servicios de reintegración/transición y de atención posterior tras su salida del Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho, usted autoriza al Departamento a divulgar información sobre el tratamiento al/a los proveedor(es) de servicios designado(s) para ayudar a elaborar un plan de reintegración para acceder a los servicios.

_____ **Servicios de Salud y Bienestar:** Si usted y su hijo/a deciden solicitar servicios al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho tras su salida del Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho, usted autoriza al Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho a divulgar información sobre el tratamiento al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para ayudar a completar la solicitud.

Entiendo que este consentimiento es válido por tres (3) años a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al IDJC. Estoy autorizado/a a firmar esta Autorización para Divulgar Información y Consentimiento porque soy el padre, la madre, el tutor legal o el representante autorizado a quien se ha conferido la custodia legal del menor internado en el Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho.

Este consentimiento acompañará a mi hijo/a durante toda su ubicación para tratamiento. La información generada por esta autorización se conservará en el expediente del Departamento de Correccionales Juveniles de Idaho. Se preservará la confidencialidad y se evitará la divulgación no autorizada de conformidad con las regulaciones del Departamento, estatales y federales.

_____ _____ _____

Firma del padre/madre/tutor | Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor | Fecha

_____

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico del padre/madre 1: _____ Correo electrónico del padre/madre 2: _____