



**PARTE I: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Informaciones del Cliente**

Nombre\*: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre\*: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre\*: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre\*: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

*\*Persona(s) para quienes la información será divulgada y/o recibida*

**Información del destinatario**

Yo, \_\_\_\_\_, (por favor circule uno: yo mismo/padre/tutor/guardián legal), **doy consentimiento para que un representante autorizado del departamento de Servicios para Niños, Jóvenes, y sus familias (DSCYF) pueda:**

\*\*\*Por favor coloque sus **iniciales** en la(s) línea(s) correspondiente(s) y marque la(s) casilla(s) apropiada(s)

\_\_\_\_\_ **divulgar** la Información del cliente a la siguiente persona o representante de la organización autorizada:

\_\_\_\_\_ **recibir** la Información del cliente de la siguiente persona o del representante de la organización autorizada:

- Padre/Tutor: \_\_\_\_\_
- Proveedor de tratamiento de Sustancias (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- Escuela (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- Asesor Legal (Nombre): \_\_\_\_\_  
(Información de Contacto): \_\_\_\_\_
- Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_
- Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**El propósito de este intercambio de información es proporcionar servicios o representación al cliente o presentar el caso del cliente en el tribunal.**

**Descripción de la Información que será divulgada**

**Información para ser divulgada:** Toda la información, incluyendo, pero no limitada a: información educativa, diagnósticos y tratamiento médico y de salud mental (ya sea verbal, escrita o electrónica). La información relacionada con los siguientes asuntos confidenciales no será divulgada a representantes que no sean de DSCYF, a menos que lo exija la ley o se indique expresamente a continuación: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis C o información genética. *(Por favor, utilice el espacio a continuación para especificar cualquier información adicional que deba divulgarse o excluirse):*

---

---

---

---

---

---

---

**Información sobre trastorno por uso de sustancias que se divulgará:** Toda la información, incluyendo, pero no limitada a: evaluaciones y progreso del tratamiento, pruebas de drogas y resúmenes de alta (ya sean verbales, escritos o electrónicos). **La autorización para la divulgación de información sobre trastorno por uso de sustancias requiere una firma separada en la Parte II de este formulario.** *(Si corresponde, por favor utilice el espacio a continuación para especificar cualquier información adicional sobre trastorno por uso de sustancias que pueda divulgarse o excluirse):*

---

---

---

---

---

---

---

## **Descripción del contenido de la información que será divulgada**

Por favor, divulgue la información descrita con anterioridad a la persona identificada anteriormente o al representante de la organización autorizada. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información divulgada y puedo solicitar una lista de las personas a las que se ha divulgado mi información, según lo dispuesto en 45 CFR §164.524 y 42 CFR 2.13.

También entiendo que los informes y/o documentos de proveedores externos que no tengan contrato con DSCYF o sus divisiones no serán divulgados bajo esta autorización y deben solicitarse directamente a dicho proveedor externo.

Se me ha informado que, incluso sin esta autorización firmada, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) permite la divulgación de información médica protegida, sin autorización del cliente, con fines de tratamiento, pago y operaciones.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para que el cliente reciba tratamiento de salud mental. Si el cliente recibe tratamiento por parte de DPBHS, se requerirá una autorización separada para determinar si el cliente califica para sus servicios y beneficios.

También entiendo que una vez que la información sea divulgada, existe la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, lo cual hará que las normas federales de confidencialidad dejen de protegerla. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de la información del cliente, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de DSCYF.

### **Cómo revocar esta autorización para la divulgación de información:**

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de su fecha de expiración designada. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada con base en esta autorización. Entiendo que puedo enviar mi solicitud de revocación al Oficial de Privacidad de DSCYF por correo electrónico enviado a: [DSCYF\\_Revocations@delaware.gov](mailto:DSCYF_Revocations@delaware.gov) o visitando la sección del Oficial de Privacidad del Departamento en este sitio web: <https://kids.delaware.gov/information/request-department-records/>.

## Fecha De Vencimiento

Esta autorización para la divulgación de información es válida por:

- 365 días a partir de la fecha de la firma a continuación; a menos que sea por menos de un año y se especifique a continuación
- (Por favor indique la duración de la divulgación) \_\_\_\_\_

---

Yo mismo/Padre/Tutor/Guardián legal Firma

Escribir Nombre

Fecha

## **PARTE 2: AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**

Entiendo que puedo revocar esta autorización para la divulgación de la información sobre el trastorno por uso de sustancias del cliente, por escrito o verbalmente al Oficial de Privacidad de DSCYF, en cualquier momento antes de su fecha de expiración designada. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada basándose en esta autorización.

Entiendo que las normas federales restringen cualquier uso de la información sobre trastornos por uso de sustancias para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. Entiendo que cualquier información relacionada con servicios o tratamiento por trastorno por uso de sustancias está protegida bajo las disposiciones de confidencialidad de 42 CFR Parte 2 y no puede ser divulgada nuevamente sin consentimiento por escrito, a menos que esté expresamente autorizado en esta autorización o permitido de otra manera por 42 CFR Parte 2. **Entiendo que la(s) firma(s) inmediatamente debajo autoriza(n) la divulgación de los registros del cliente relacionados con trastornos por uso de sustancias, según se describe específicamente en la Parte I de esta autorización.**

---

Yo mismo/Padre/Tutor/Guardián legal Firma

Escribir Nombre

Fecha

---

Firma del Menor (Si tiene 14 años o más)

Escribir Nombre

Fecha

**El cliente recibirá una copia de esta autorización firmada.**

Una copia de esta autorización tendrá la misma fuerza y efecto que la autorización original.

**Dónde enviar los registros que han sido solicitados:**

No envíe los registros al correo electrónico de Revocaciones. Revise la solicitud de registros para obtener instrucciones de contacto. Si no está seguro de dónde enviar los registros, comuníquese con la División de DSCYF que realizó la solicitud para recibir orientación.