

# AUTORIZACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL (DJJ) PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS O SERVICIOS

**Nombre completo del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha nacimiento:** \_\_\_\_\_

El Departamento de Justicia Juvenil (DJJ) de Virginia se asocia con otras entidades para satisfacer mejor las necesidades de nuestros jóvenes a través del tratamiento y la programación. Estas entidades también se comprometen a proteger su información personal durante este proceso y queremos asegurarnos de que DJJ y estas entidades solo compartan su información protegida cuando la ley lo autoriza.

Por la presente autorizo al Departamento de Justicia Juvenil de Virginia (DJJ) y sus entidades contratadas para que comparta mi información confidencial con las siguientes entidades/personas con el propósito de supervisar el cumplimiento, la coordinación de servicios y planificación del tratamiento, la determinación de elegibilidad, la revisión de utilización, y adquisición de servicios. La información puede compartirse en forma de información escrita, datos computarizados, en persona o por teléfono.

**Destinatarios autorizados:** (Indique cuáles entidades/individuos pueden recibir información confidencial)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Conductual y de Desarrollo (DBHDS)          | <input type="checkbox"/> Proveedores coordinados a través de las oficinas locales de VJCCCA                       |
| <input type="checkbox"/> Consejo de Servicios Comunitarios (CSB)                        | <input type="checkbox"/> Proveedores de atención médica   |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de la Ley de Servicios Infantiles (CSA)            | <input type="checkbox"/> Departamento de Educación, sistema escolar local y programas de educación superior _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS)                       | <input type="checkbox"/> Comisión de Servicios Juveniles de Tidewater   |
| <input type="checkbox"/> Departamento Correccional (DOC)                                | <input type="checkbox"/> Otros: _____   |
| <input type="checkbox"/> Magellan u otro PPO/HMO: _____                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Proveedores subcontratados con Evidence-Based Associates (EBA) |   |

**Información confidencial:** (Marque "Todos los registros disponibles" o indique los tipos de información individuales que acepta compartir)

**TODOS LOS REGISTROS DISPONIBLES (esto incluye el trastorno por consumo de sustancias e información educativa)**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información de evaluaciones     | <input type="checkbox"/> Información financiera           | <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos  | <input type="checkbox"/> Planificación familiar   |
| <input type="checkbox"/> Beneficios/Servicios necesarios | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental      | <input type="checkbox"/> Diagnóstico/registros médicos  | <input type="checkbox"/> Evaluaciones por consumo de sustancias/Pruebas de detección de drogas/Exámenes |
| <input type="checkbox"/> Registros de justicia penal     | <input type="checkbox"/> Tratamiento planificado/recibido | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas (incluyendo enfermedades de transmisión sexual) | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Expedientes académicos          | <input type="checkbox"/> Registros psicológicos           |   |   |

**Derecho a la lista de destinatarios y vencimiento o anulación del consentimiento**

Puedo solicitar una lista de las entidades/personas específicas a las cuales/a quienes se ha divulgado mi información en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito a DJJ o sus entidades contratadas. Esta autorización se puede revocar en cualquier momento, excepto en la medida en que DJJ o sus entidades contratadas ya hayan realizado una acción en virtud de dicha autorización (por ejemplo, si la información ya se ha compartido). Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito a DJJ o sus entidades contratadas. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firmó o en un plazo de 30 días posteriores al cierre de mi caso ante el Departamento de Justicia Juvenil, lo que ocurra después.

**Firma del cliente:** De acuerdo con § 54.1-2969 (E) del Código de Virginia, una persona menor de 18 años (menor) se considera un adulto con el propósito de la divulgación de registros médicos que cubren servicios médicos o de salud para enfermedades contagiosas (incluyendo enfermedades venéreas), planificación familiar, trastorno por consumo de sustancias y enfermedades mentales. Se requiere el consentimiento del menor para divulgar estos registros, a menos que lo permita una orden judicial o legislación aplicable.

**Firma voluntaria:** Entiendo que autorizar la divulgación de esta información confidencial es de forma voluntaria. Me puedo negar a firmar. Entiendo que la información confidencial utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario; sin embargo, el destinatario puede tener prohibido volver a divulgar información sobre trastorno por consumo de sustancias.

He leído detenidamente (o me lo han leído) y entiendo lo anterior, me han explicado cualquier pregunta a mi satisfacción, y autorizo expresamente y voluntariamente la divulgación de la información anterior a las entidades/personas mencionadas anteriormente.

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Requerido para clientes de 18 años o más, así como para clientes menores de 18 años que dan su consentimiento a la divulgación de cierta información como se describe anteriormente.)

**Firma autorizada:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el cliente:**  Sí mismo (cliente mayor de 18 años)  Padre/madre  Tutor  Otro (Indique) \_\_\_\_\_

## **REGISTROS DE TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS**

La información obtenida con esta autorización puede divulgarse a partir de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (42 CFR PARTE 2). LAS REGLAS FEDERALES PROHIBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN ADICIONAL DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN SEA PERMITIDA EXPRESAMENTE CON AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LA PERSONA A LA QUE PERTENECE, O QUE DE OTRA MANERA, ESTÉ PERMITIDA POR 42 CFR PARTE 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.