

Autorización y Consentimiento para compartir, recibir y usar información confidencial por la Junta de Bienestar Juvenil del Condado Pinellas (JWB)

Yo,

(nombre del participante(s)) reconozco que soy participante de _____ (nombre del programa o servicio). Reconozco que la Junta de Bienestar Juvenil del Condado Pinellas (“JWB”) proporciona fondos que hacen posible el programa o servicio en el que participo. También reconozco que, para asegurar que todos los servicios brindados a los participantes sean de la más alta calidad posible, JWB puede revisar información sobre mí y sobre dichos servicios.

Al firmar esta autorización, indico que entiendo y acepto que mi información confidencial puede estar contenida en un sistema de recolección de datos de JWB, y que este sistema está exento de divulgación según la Ley de Registros Públicos de Florida. Esto significa que, por ley, JWB no puede compartir información identificable individualmente sobre mí ni los servicios que recibo (Estatuto de Florida §119.071). Esta información se utilizará únicamente para fines administrativos y de evaluación de los servicios proporcionados por JWB. Reconozco que, según sea necesario para llevar a cabo los propósitos aquí mencionados, JWB puede revisar toda la información sobre mí, incluyendo mi expediente de participante y toda otra información relacionada conmigo en poder de la agencia que ofrece el programa o servicio, sin importar si esa información está ingresada en un sistema de recolección de datos de JWB. Además, reconozco que JWB simplemente almacena y revisa sus registros solo como pagador de servicios. Por lo general, JWB no presta servicios directos, aunque en algunas ocasiones puede facilitar la prestación de estos servicios. Reconozco además que JWB no me proporciona diagnósticos médicos y que JWB no es una entidad cubierta según la definición de HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

Autorizo a JWB a utilizar mi información confidencial para verificar mi elegibilidad para servicios o programas financiados; facilitar la prestación de servicios; efectuar pagos por servicios recibidos en programas o servicios financiados; controlar la calidad de los servicios o programas financiados; realizar investigaciones basadas en evidencia de servicios o programas financiados por JWB, incluyendo, entre otros, el seguimiento de resultados de programas y servicios financiados, y la determinación de futuros servicios/programas financiados por JWB. Entiendo que la información confidencial divulgada, recibida o utilizada por JWB relacionada con mi autorización no será divulgada a ninguna otra parte sin mi consentimiento expreso por escrito, o salvo que sea permitido o requerido por la ley aplicable, a menos que se presente en un informe grupal en formato desidentificado, lo que significa que no se revela información que me identifique como individuo.

Reconozco que esta autorización cubre toda la información sobre mí, incluyendo, pero no limitado a, información personal identificable; información de salud protegida; información médica general; consejería general; así como información psiquiátrica/psicológica; de tratamiento por uso de sustancias; de mi expediente médico; cualquier información sobre la realización de pruebas; resultados de esas pruebas; detección del desarrollo relacionado con el alcohol; abuso de alcohol y

drogas; consejería y tratamiento, según lo permitido por todas las leyes estatales, federales y locales, incluyendo, pero no limitado a: Estatutos de Florida 394.459, 381.004, y 456.057; Código de Evidencia de Florida 90.503, 90.5035, y 90.5036; HIPAA, y el Código de Regulaciones Federales (CFR) Título 42, Parte 2. Entiendo que mis registros tienen un estado privilegiado y confidencial. Acepto que JWB utilice información confidencial para los fines mencionados en este documento. Esta autorización permite que JWB utilice mi información confidencial exclusivamente para la prestación de servicios médicos, consejería y tratamiento, así como para cumplir con requisitos legales y regulatorios.

Firmo esta autorización de manera voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, la negativa a firmar no impide el uso o divulgación de información confidencial, incluyendo información de salud protegida, que de otro modo está permitida por ley sin mi autorización específica. Negarme a firmar esta autorización no afectará mi acceso ni mi participación en el programa o servicio mencionado arriba.

Entiendo que tengo derecho a cancelar mi autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, JWB podría haber tomado acciones basadas en esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación de esta autorización. Puedo cancelar esta autorización presentando una solicitud por escrito en el mismo lugar donde la otorgué. Esta cancelación no aplicará a las acciones tomadas antes de la misma. También comprendo que, una vez compartida mi información confidencial según esta autorización, podría ser utilizada o compartida nuevamente y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad.

Si no retiro mi autorización, esta terminará automáticamente en los siguientes casos: 1) Un año después de mi última participación en el program; 2) Cuando se utilice mi información para investigación o revisión de calidad, como auditorias internas o evaluaciones, por JWB o personas autorizadas; 3) Al finalizar el último proyecto de investigación o revisión de calidad, lo que ocurra más tarde..Al firmar a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin ningún tipo de coacción, y que he recibido una copia de esta autorización, firmada por mí en la fecha indicada a continuación.

Firma del testigo

Fecha

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante autorizado del participante (marque uno):
 Participante Padre/madre Tutor/a
 Representante personal (Se requiere documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante autorizado del participante (marque uno):

- Participante Padre/madre Tutor/a
- Representante personal (Se requiere documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante autorizado del participante (marque uno):

- Participante Padre/madre Tutor/a
- Representante personal (Se requiere documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante autorizado del participante (marque uno):

- Participante Padre/madre Tutor/a
- Representante personal (Se requiere documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante autorizado del participante (marque uno):

- Participante Padre/madre Tutor/a
- Representante personal (Se requiere documentos legales)

DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA DE CONFORMIDAD CON ESTA AUTORIZACIÓN: TENGA EN CUENTA QUE ESTÁ ESTRICAMENTE PROHIBIDO DIVULGAR NUEVAMENTE DICHA INFORMACIÓN SIN EL CONSENTIMIENTO EXPRESO Y POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, SALVO QUE LA LEY APLICABLE LO PERMITA EXPRESAMENTE. EL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS FEDERALES, PARTE 2, PROHÍBE LA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA DE ESTOS REGISTROS.