



Instrucciones: Haga que el niño/joven (entre las edades de 13 y 17 años) lea y firme este documento con lo cual otorga permiso para la divulgación de información relacionada con el abuso de sustancias, la salud reproductiva o la información médica.

Apellido del niño:	Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	Link n.º:
--------------------	------------------	----------------------	-----------

Por medio de la presente, doy permiso médico y consentimiento informado al siguiente proveedor/clínica:

Nombre y dirección de la Clínica de Evaluación Multidisciplinaria (MDE):	N.º de fax:
--	-------------

Autorización para divulgar información médica

para divulgar al Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) cualquier información obtenida en mi evaluación multidisciplinaria sobre información de abuso de sustancias (consumo y tratamiento de alcohol/drogas) y salud reproductiva (actividad sexual, enfermedades de transmisión sexual y control de la natalidad).

Durante mi evaluación, se pueden realizar algunas preguntas acerca de mi consumo y tratamiento de alcohol y drogas y sobre salud reproductiva. Entiendo que esta información se compartirá con el DCF, incluyendo a los trabajadores sociales. Mantendrán esta información personal de forma confidencial y no la compartirán con nadie más a menos que mi abogado o yo les otorguemos un permiso o que lo ordene un juez. El propósito de esta autorización/divulgación es proporcionar información al DCF para que sea utilizada en la planificación del caso.

Entiendo que la negativa a firmar este formulario de autorización no afecta mi derecho a obtener servicios presentes y futuros por parte del DCF, excepto cuando la divulgación de los registros solicitados sea necesaria para los servicios.

Si cambio de idea acerca de esta autorización, entiendo que no se aplicará a ninguna información que ya haya sido divulgada. También entiendo que la información que se divulga al DCF puede volver a divulgarse de acuerdo con la ley federal.

La firma a continuación indica el consentimiento informado y el permiso médico para realizar la MDE y la divulgación de información médica por parte del niño o joven

Apellido del niño/joven:	Nombre del niño/joven:
Firma del niño/joven que otorga el permiso:	Fecha: