

Programa Educativo de Textos Sexualizados y Acoso Cybernetico del Condado de Morris

Autorización de Consentimiento para dar Informacion

Yo, _____ doy permiso a _____
(Nombre de Padres/ Guardian) (Nombre de Agencia)

para que refiera a _____ a el Programa Educativo de Textos
(Nombre del Menor)

Sexualizados y Acoso Cybernetico del Condado de Morris, cuales miembros estan incluidos abajo.

Esta refererido incluye divulgar mi nombre, dirección, número de teléfono, nombre del menor, fecha de nacimiento e información específica acerca del incidente y/o comportamientos (si se aplica al caso) a las siguientes agencias/miembros:

- Departamento de Servicios Humanos del Condado de Morris
- Family Intervention Services

Entiendo que la comunicación entre las agencias participantes se producirá, según sea necesario, con el proposito de a acceder a los diversos componentes del programa para mi hijo y familia, para mantener un registro del estado del referido y para registrar la medida en que mi familia participa en el programa.

Yo entiendo que los referidos involucrando la ley y/o el personal tribunal, hechos a través del sistema judicial y/o parte de una orden de la corte, requieren contacto de seguimiento por el Programa Educativo de Textos Sexualizados y Acoso Cybernetico del Condado de Morris. Este contacto sera con la agencia que refiro al menor con el proposito de dar seguimiento al estatus del referido y si el menor tuvo una clausura exitoza o no.

Entiendo que mi autorización estara en efecto por el período de _____ meses apartir de la fecha de mi firma. **EL PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION EXPIRA AUTOMATICAMENTE 6 MESES DESDE LA FECHA DE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO A MENOS QUE YO ESPECIFIQUE LO CONTRARIO EN ESTE FORMULARIO.**

Entiendo que toda información entregada será tratada de forma confidencial, a conformidad con las normas y reglamentos de la Ley de Servicios Comunitarios de Salud Mental (*N.J.S.A. Un 30-9et. seq.,N.J.A.C. 10:37-6.79*) y los derechos Federales de Confidencialidad. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante comunicación por escrito a Jessica Mondino.

He leído y entiendo la intencion de esta autorización.

Fecha: _____

Firma de Testigo

Firma del cliente (mayores de 14)

Firma de Agencia Obteniendo Consentimiento

Firma del Padre/Guardian

* **NOTA AL QUE RECIBE LA INFORMACIÓN:** Esta información ha sido revelada de expedientes protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (*42 CFR Part2*). Las Normas Federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que sea permitido por *42 CFR Part2*. Una autorización general para la divuldacion de información médica o de otra **NO** es suficiente para este propósito. Las Normas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente que sufra del abuso de drogas o alcohol.