



Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

de de

Estimado(a) :

El Department of Human Services se complace en ofrecer una opción de apoyo para las familias, llamada Community Care (Atención comunitaria). El programa Community Care se ofrece a través de la Mid-Iowa Family Therapy Clinic, Inc. Ofrece servicios enfocados hacia los menores y las familias, diseñados para empoderar a las familias, evitar la necesidad de futuras intervenciones del DHS, y para ayudar a las familias a generar conexiones permanentes con los recursos comunitarios.

Community Care es un programa voluntario. Su familia no está obligada a aceptar una remisión a Community Care. Si usted accede a ser remitido, y luego decide que ya no desea participar, usted puede suspender los servicios en cualquier momento.

Si usted desea ser remitido a la Mid-Iowa Family Therapy Clinic, Inc. para los servicios de Community Care, debe leer y firmar la *Authorization to Obtain or Release Health Care Information (Autorización para Obtener o Proporcionar Información Sobre el Cuidado de la Salud)*, formulario 470-3951. El Departamento luego suministrará a Mid-Iowa Family Therapy Clinic, Inc. su nombre, información de contacto de su familia y una copia del informe actual de evaluación de abuso infantil sobre su familia, el cual incluye información de la evaluación de seguridad y riesgo familiar. Esta agencia no divulgará esta información a ninguna persona sin su permiso. El personal de la agencia de Community Care se pondrá en contacto con usted dentro de los 14 días siguientes para explicar sus servicios.

El proveedor de Community Care únicamente hará saber al Department of Human Services si usted aceptó o rechazó los servicios, las categorías generales de los servicios que usted recibió, cuándo se cerraron los servicios para su familia y la razón para la terminación de los servicios.

Community Care es una gran opción para las familias que buscan apoyo para volverse más fuertes. Espero que considere este programa como una forma para ayudar a su familia. Por favor contácteme en el si tiene alguna pregunta.

Cordialmente,

Trabajador de protección infantil del DHS

**AUTHORIZATION TO OBTAIN OR RELEASE HEALTH CARE INFORMATION
(AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD)**

Nombre del cliente:	Nº de documento:	Nº de Seguro social:
Fecha de nacimiento:	Padre/Tutor:	

Autorizo a la siguiente persona o agencia a compartir información tanto escrita como oral (*información ida y vuelta o recíproca*) con respecto a mis necesidades y a los diferentes servicios que recibo. . .

Nombre de la agencia que proporcionará y recibirá información: Iowa Department of Human Services - Oficina del condado	
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	
Teléfono:	Fax:

Para la siguiente persona o agencia:

Nombre de la agencia que proporcionará y recibirá información: Mid Iowa Family Therapy Clinic, Inc.	
Dirección: Box 416, 600 1st Street	
Ciudad/Estado/Código postal: Perry, Iowa 50220	
Teléfono: 515-465-5739	Fax: 515-465-5744

La información proporcionada o recibida puede incluir:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informes psicológicos | <input type="checkbox"/> Resumen de descargo | <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico | <input type="checkbox"/> Estado de admisión |
| <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio | <input type="checkbox"/> Tratamientos y planes pos-cuidado | <input type="checkbox"/> Fotografías de datos familiares | <input type="checkbox"/> Antecedentes sociales |
| <input type="checkbox"/> Comentarios del equipo | <input type="checkbox"/> Historial de medicamentos | <input type="checkbox"/> Diagnóstico/alergias | <input type="checkbox"/> Rayos X/informes por imagen |
| <input type="checkbox"/> Certificado de vacunas | <input type="checkbox"/> Informes escolares | <input type="checkbox"/> Historial y chequeo físico | <input type="checkbox"/> Evaluación inicial |
| <input type="checkbox"/> Evaluación y recomendaciones | | <input type="checkbox"/> Documentos legales | |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas emitidos por parte de (nombre del médico/especialista): | | <input type="checkbox"/> Recepción de llamadas telefónicas | |

- Otros (especifique): 1. El DHS luego entregará el resumen actual de la evaluación de servicios de protección infantil del DHS, incluyendo la información sobre la evaluación de riesgo y seguridad; 2. Mid Iowa suministrará al DHS la información sobre si los servicios fueron aceptados, las categorías generales de los servicios suministrados y cuándo y por qué terminaron los servicios.

Otros (tenga en cuenta las excepciones y limitaciones relacionadas con el suministro de información):

Esta información se utiliza ÚNICAMENTE para (indique fin): Para que el Departamento le remita a la Mid Iowa Family Therapy Clinic, Inc. para ofrecerle una oportunidad para participar en el Programa Community Care.

<u>AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN</u>	Tipo de información	Iniciales de Autorización
Autorizo el suministro de la información proporcionada a la derecha, la cual necesita autorización específico, como lo estipula la ley federal:	Tratamiento/evaluación de salud mental*	
	Enfermedades relacionadas con VIH/SIDA	
	Abuso de sustancias**	

La presente autorización es válida para la información ya existente o para todo tipo de información que podría aparecer durante el período de efectividad de esta autorización. Entiendo que tengo el derecho de leer todo tipo de información proporcionada en relación con esta autorización para su posterior suministro. Es posible que pueda solicitar esta información durante el horario de trabajo normal. Entiendo de igual manera que podré modificar esta autorización en cualquier momento con sólo completar el formulario 470-3949, Request to Revoke an Authorization (Solicitud para Revocar una Autorización). Entiendo además que esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido proporcionada como respuesta a esta autorización. Entiendo que dicha modificación no se aplicará a mi compañía de seguros ya que la ley otorga a la aseguradora correspondiente el derecho de impugnar una demanda según lo estipulado en mi póliza. A menos que se determine lo contrario, esta autorización perderá toda la validez el día que se indica más abajo. Si no especifico una fecha de vencimiento determinada, esta autorización vencerá a los seis meses a partir de la fecha en la cual se firme. Entiendo que el suministro de esta información se autoriza por propia voluntad. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que si las personas u organizaciones autorizadas a recibir esta información no fueran un plan médico o un profesional de la salud, la información divulgada ya no estaría protegida por las normas federales de privacidad. Sin embargo, podrían existir otras leyes federales o estatales que exijan que dicha información permanezca confidencial. Si tuviera alguna duda con respecto al suministro de información relacionada con mi salud, deberé comunicarme con (nombre) DeAnna Thomas llamando al (teléfono) (515) 281-3044. He leído este formulario, o el mismo se me ha leído o explicado, y afirmo entender su contenido.

Firma de autorización:	Fecha:	Fecha de vencimiento:
Relación con el cliente: <input checked="" type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Pariente más cercano <input type="checkbox"/> Otro (especificar debajo)		
<input checked="" type="checkbox"/> Opcional	Firma del testigo:	
<input type="checkbox"/> Obligatorio	Firma del testigo:	

La copia de esta autorización firmada tendrá la misma validez que el original.

RECORD OF DISCLOSURES (INFORME DE DIVULGACIÓN)

(Para información de salud mental)

Fecha	Nombre del destinatario	Contenidos proporcionados	Enviado por
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

* El suministro de información sobre salud mental sólo podrá ser autorizado por personas mayores de 18 años o por el representante legal de una persona.

** El suministro de información sobre abuso de sustancias podrá ser autorizado únicamente por la persona en cuestión, a menos que la edad y nivel de madurez mental de la persona demuestren que la misma no está capacitada para autorizar el suministro de tal información.

AVISO A LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

De acuerdo con la sección "Suministro de información psicológica y de salud mental" (Código de Iowa, Capítulo 228), el destinatario de información sobre salud mental podrá continuar proporcionando información únicamente si obtiene una autorización de la persona afectada o del representante legal de dicha persona, o tal como lo estipulen los Capítulos 228 y 229. El suministro de información no autorizada se considera ilegal. Como consecuencia y ante este delito, podrían aplicarse ciertas penalizaciones criminales y civiles. Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) limitan el uso de esta información con el fin de llevar a cabo una investigación penal o bien para procesar a cualquier paciente drogadicto o alcohólico.

AVISO A LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE SUBSTANCIAS

Esta información ha sido proporcionada a partir de los informes cuya confidencialidad se encuentra protegida por ley federal. El Código de Iowa, Capítulo 25, y las reglas federales (42 CFR, Parte 2) prohíben cualquier tipo de suministro de información adicional sin la previa autorización por escrito de la persona a quien pertenece esta información, o de otra forma permitido por dichos estatutos y reglamentos. Para este propósito, se requerirá mucho más que una autorización general para el suministro de información médica u otro tipo de información. Las reglas federales limitan el uso de esta información con el fin de llevar a cabo una investigación penal o bien para procesar a cualquier paciente drogadicto o alcohólico.

AVISO A DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DE VIH

Esta información se le ha proporcionado a partir de los informes cuya confidencialidad se encuentra protegida por ley estatal. La ley estatal le prohíbe continuar suministrando información sin el previo consentimiento de la persona afectada, o de algún otro modo permitido por la ley. Para este propósito, se requerirá mucho más que una autorización general para el suministro de información médica u otro tipo de información. (Código Iowa, Sección 141^a.9) Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) limitan el uso de esta información con el fin de llevar a cabo una investigación penal o bien para procesar a cualquier paciente drogadicto o alcohólico.

POLÍTICA RELATIVA A LA DISCRIMINACIÓN, EL ACOSO, LA ACCIÓN AFIRMATIVA, Y LA OPORTUNIDAD IGUALITARIA DE EMPLEO

Es política del Iowa Department of Human Services ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación de sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Para recibir asistencia o hacer una consulta, puede comunicarse con IDHS Diversity Program Unit. Los reclamos deben ser presentados puntualmente, pero en la mayoría de los casos, antes de transcurridos 180 días de ocurrida la acción discriminatoria alegada. Si usted considera que el IDHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta quejándose a:

Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.