



Autorización de reunión CRCG virtual/de telesalud para la divulgación de información médica protegida

La presente autorización es voluntaria y, por lo tanto, usted tiene derecho a negarse a firmarla. Al firmar esta autorización, acepta participar de una reunión colaborativa en línea o por teléfono, posiblemente con algunas o todas las agencias que se enumeran a continuación. Tiene derecho a leer atentamente la presente autorización y recibirá una copia firmada.

Si decide no firmar esta autorización, no se podrá programar una sesión CRCG para su familia en este momento. Sin embargo, un representante de CRCG se comunicará con usted para tratar las opciones de servicios alternativos para su hijo/a.

Nombre del niño/a o joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Travis County CRCG a obtener, brindar e intercambiar información médica protegida escrita, electrónica y verbal con las siguientes agencias / organizaciones (los padres / cuidadores DEBEN poner sus iniciales junto a cada agencia / organización para que este formulario sea válido):

Agencias socias de CRCG - los representantes de estas entidades son invitados automáticamente a todas las sesiones de la CRCG y, por lo tanto, los padres/cuidadores DEBEN comenzar al lado de cada una para programar una sesión de la CRCG.

_____ Any Baby Can	_____ Centro de estudio infantil de Texas
_____ The Arc of the Capital Area	_____ Departamento de familia y servicios de protección de Texas (CPS)
_____ Distrito Escolar Independiente de Austin	_____ Departamento de servicios de salud del Estado de Texas
_____ Centros para niños y familias (post adopción)	_____ Texas Health & Human Services
_____ Psiquiatría para niños y adolescentes, UT Austin,	_____ The Children's Partnership
_____ Escuela de Medicina Dell	_____ Servicios humanos y de salud del condado de Travis
_____ Voluntario comunitario (no afiliado agencia)	_____ Departamento de libertad condicional juvenil del condado de Travis
_____ Distrito escolar independiente de Del Valle	_____ Unbound Now
_____ Integral Care (Austin, condado de Travis)	_____ Youth Advocate Programs, Inc.
_____ Maximus (Atención administrada de Medicaid)	
_____ Partners Resource Network Texas	
_____ Distrito escolar independiente de Pflugerville	
_____ Safe Austin	

Enumere y coloque sus iniciales junto a cualquier agencia que esté involucrada actualmente o haya estado involucrada con niños/jóvenes.

_____ Distrito escolar actual del niño/joven (si no figura en la lista anterior): _____

_____ Proveedor actual de terapia para niños/jóvenes (si no figura en la lista anterior): _____

_____ Prescriptor actual de medicamentos para niños/jóvenes (si no figura en la lista anterior): _____

_____ Programa/Agencia de servicios actual: _____

_____ Programa/Agencia de servicios actual: _____

_____ Otro/a: _____

_____ Otro/a: _____

_____ Otro/a: _____

_____ Otro/a: _____

Para comprender mejor las necesidades de su hijo/a y su familia, será necesario revisar la siguiente información durante su sesión familiar de CRCG-CPC. Escriba sus iniciales junto a la información que se divulgará:

_____ Formulario de remisión de CRCG-CPC (obligatorio)	_____ Registros / Documentación del Departamento de justicia juvenil
_____ Determinación de discapacidad intelectual	_____ Plan de alta de internación / colocación
_____ Evaluación psiquiátrica	_____ Información sobre medicamentos
_____ Plan de tratamiento	_____ Evaluaciones narrativas
_____ Notas del personal sobre su evolución	_____ Notas del doctor sobre su evolución
_____ Diagnóstico	_____ Expediente educativo
_____ Evaluación psicológica	_____ Documentación de educación especial
	_____ Otro/a _____

_____(inicial) Entiendo que la presente autorización se extiende a toda la información contenida en los registros de mi hijo/a, que pueden incluir registros relacionados con enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo, dependencia de sustancias químicas o alcohol, enfermedades transmisibles y virus, información genética y cualquier otro tipo de información médica protegida.

_____(inicial) He recibido Guía de CRCG para la familia y el formulario de reconocimiento de CRCG virtual /de telesalud

En mi carácter de padre/madre / cuidador de mi hijo/a para quien se programó una reunión CRCG, recibiré una copia de esta autorización, del Formulario de remisión CRCG, del Formulario de interés de niños / jóvenes de CRCG y de las Recomendaciones de CRCG elaboradas durante mi sesión de CRCG.

Al firmar esta autorización, confirmo que entiendo que la información que se divulgará mediante esta autorización podrá ser divulgada nuevamente por la persona u organización que la reciba y que ya no está protegida por las reglamentaciones de privacidad federales o de Texas. Esta autorización puede cancelarse en cualquier momento por escrito y por correo (CRCG, Travis County HHS, Attn: Susie Kirk, PO Box 1748, Austin, Texas 78767) o por correo electrónico (susie.kirk@traviscountytexas.gov). Sin embargo, la cancelación no afectará ninguna divulgación ya realizada antes de recibir el aviso de cancelación.

A menos que se cancele o se establezca de otro modo, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma. **Otra fecha de vencimiento especificada** _____ **(opcional)**

Firma del representante legalmente autorizado (Representante legalmente autorizado /Padres/Tutor):		Fecha:
Nombre impreso del representante legalmente autorizado:	Vínculo con el niño/a o joven:	

Autorización explicada al Representante legalmente autorizado /y firma del Representante legalmente autorizado /atestiguada por:

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización aprobada y aceptada por –

Representante CRCG: _____ Fecha: _____