

**Autorización y Consentimiento para Divulgar, Recibir, y Usar
Información Confidencial por el Juvenile Welfare Board of Pinellas
County**

Yo, _____ (*nombre del participante en letra de molde*) reconozco que participo en _____ (*nombre del programa o servicio*). Reconozco que la Junta del Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas (“Juvenile Welfare Board “JWB”) provee fondos al programa o servicio en el cual participo. También reconozco que para asegurarse que todos los servicios prestados a los participantes sean de la mejor calidad posible, JWB puede revisar mi información al igual que los servicios que recibo.

Mediante mi firma en esta autorización, declaro que entiendo y acepto que mi información confidencial puede ser almacenada en un sistema de recolección de datos de JWB, y que este sistema de recolección de datos está exento de divulgación bajo la ley de Registros Públicos del estado de la Florida. Esto significa que de acuerdo a la ley, JWB no puede revelar información que me identifique o los servicios que recibo (Estat. Fla. §119.071). Reconozco que cuando sea necesario para cumplir los propósitos enumerados aquí, JWB puede revisar toda mi información, incluyendo mi archivo de participante en poder de la agencia que me provee los servicios, independientemente de que esta información sea procesada en el sistema de recolección de datos de JWB. Además reconozco que JWB simplemente almacena y revisa registros e información como entidad que paga por los servicios, y que JWB no me provee servicios directos, incluidos entre otros, la coordinación de servicios, recomendación de servicios, o diagnósticos médicos. Además reconozco que JWB no es una entidad cubierta de acuerdo a la definición de ese término bajo la ley HIPPA (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud “Health insurance Portability and Accountability Act”).

Autorizo a JWB a usar mi información confidencial con el fin de verificar que los servicios o programas cumplen con los criterios para financiamiento; hacer pagos por servicios prestados por los programas financiados; el control de calidad de los servicios o programas financiados; realizar investigación de datos empíricos de los servicios o programas financiados por JWB, incluyendo entre otros, seguimiento de resultados de los programas o servicios financiados, y determinación de servicios/programas financiados por JWB en el futuro. Entiendo que la privacidad de cualquier información divulgada, recibida o usada por JWB relacionada con mi autorización no se divulgará adicionalmente a terceras personas sin mi autorización por escrito o de lo contrario permitida o requerida por la ley aplicable en este caso, a menos que se presente en un reporte el cual presenta información de un grupo de participantes, donde ninguno de ellos se identifica por su nombre o alguna otra característica personal.

Reconozco que esta autorización cubre toda mi información, incluyendo entre otros, información de identificación personal, información médica confidencial, médica en general,

terapia, así como información siquiátrica/psicológica/de abuso de drogas de cualquier expediente médico, tal y como lo permitan las leyes estatales, federales y locales, incluyendo pero no limitado a las siguientes: Estatutos de Florida 394.459, 381.004, y 395.3025; Código de Evidencia de Florida 90.503, 90.5035, y 90.5036; Ley HIPAA, y el Código de Reglamentos Federales (CFR) Título 42. Doy mi consentimiento para que mi participación mínima en encuestas on-line o por escrito se use para mejorar el programa que me provee servicios. Entiendo que mis archivos son confidenciales. Renuncio a ese privilegio para el fin implícito en esta autorización.

Entiendo que la información confidencial divulgada, recibida o usada por JWB, basado en esta autorización, no se divulgará adicionalmente a terceras personas sin mi consentimiento por escrito o de lo contrario permitida o requerida por la ley aplicable en este caso. Sin embargo, JWB y sus agentes, basado en esta autorización, pueden usar la información confidencial de identificación personal recibida para investigaciones, siempre y cuando los resultados de las investigaciones se reporten en su totalidad en un formato no identificable, lo que significa que no se revelará ninguna información que me identifique como individuo. Excepto, JWB no divulgará los archivos protegidos por el CFR Título 42 con ningún agente de JWB.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, es posible que JWB haya usado esta autorización antes de recibir mi revocación y que JWB haya actuado basándose en esta autorización. Si no revoco mi autorización, ésta automáticamente terminará en un (1) año a partir del último día que reciba los servicios de este programa, o con respecto a la información usada en una investigación, esta autorización termina al concluir dicho proyecto de investigación. Por medio de mi firma reconozco que di mi consentimiento como se indica arriba libre y voluntariamente, y sin coerción alguna, y que recibí una copia de esta autorización firmada por mí en la fecha indicada abajo.

 (Nombre en letra de molde)

 Fecha efectiva

 Firma del participante o participantes
 Representante autorizado (marque uno):
 Participante Padre Guardián
 Representante Personal (Documentos
 legales requeridos)

 (Nombre en letra de molde)

 Fecha efectiva

 Firma del participante o participantes
 Representante autorizado (marque uno):
 Participante Padre Guardián
 Representante Personal (Documentos
 legales requeridos)

(Nombre en letra de molde)

Fecha efectiva

Firma del participante o participantes

Representante autorizado (marque uno):

- Participante Padre Guardián
- Representante personal (Documentos legales requeridos)

(Nombre en letra de molde)

Fecha efectiva

Firma del participante o participantes

Representante autorizado (marque uno):

- Participante Padre Guardián
- Representante personal (Documentos legales requeridos)

Firma del testigo

Fecha

