Yo doy fe de que he recibido una copia de LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE GEORGE JUNIOR REPUBLIC EN INDIANA y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Cliente

Firma del cliente o del representante personal Firma del Testigo

Si el cliente no puede tomar decisiones de cuidado

de salud por si mismo.

Fecha Fecha

**Reconocimiento de las metas y expectativas de OYS**

Reconozco que mi trabajador de OYS (Casos de Jóvenes Mayores ) ha revisado conmigo el motivo de la remisión de DCS/libertad condicional y ha discutido lo siguiente:

1. Expectativa de la intensidad del servicio
2. Información de contacto del Administrador de Casos de Jóvenes Mayores de GJR
3. Información sobre mi elegibilidad para los Servicios de Chafee IL, Atención Colaborativa, y Servicios Voluntarios de Chafee.
4. Metas que pueden figurar en la referencia

Entiendo que DCS/Libertad Condicional espera que trabaje con mi Administrador de Casos de Jóvenes Mayores para desarrollar metas y aprender habilidades que me ayudarán a lograr una edad adulta exitosa.

Se espera que participe directamente en el diseño de las actividades de mi programa, acepte la responsabilidad personal de lograr la interdependencia y tenga la oportunidad de aprender de las experiencias tanto positivas como negativas.

Las metas en las siguientes áreas se desarrollarán con base en los resultados del Plan de aprendizaje y Evaluación de Habilidades para la Vida Casey. Este plan será desarrollado por mí con la asistencia de mi Administrador de Casos de Jóvenes Mayores.

Educación Empleo

Administración de Activos y Finanzas Salud Física y Mental Vivienda Actividades de la Vida Diaria

Compromiso Juvenil

Yo entiendo que DCS/Libertad Condicional también espera que las siguientes evaluaciones/aplicaciones se completen:

Evaluación de Habilidades para la Vida Casey Plan de Aprendizaje de Vida Independiente

FAFSA Aplicaciones ETV

Lista de Contactos de Emergencia Verificación de Crédito (si es mayor de 18 años)

Obtención de Documentos Vitales Aplicación para becas Siglo 21/Seguimiento Escolar

Valoración de la Carrera Valoración de la Educación

Información de Contacto del Joven:

Inquietudes acerca de la seguridad- existe alguna inquietud acerca de la seguridad en su casa (por ejemplo, armas, chinches, enfermedades transmisibles?

Existe alguna consideración cultural/religiosa de la cual usted me quiera advertir?

Nombre del Cliente Fecha

Firma del Cliente Fecha

Trabajador de Casos de Jóvenes Mayores de GJR Fecha

**DERECHOS DEL JOVEN**

Cada joven de George Junior Republic en Indiana tiene ciertos derechos definidos por la ley. Los empleados de George Junior Republic en Indiana son responsables de asegurarse de que cada derecho del joven sea respetado. En ningún momento se le permite a un empleado tomar acción alguna que viole los derechos del joven y cada empleado es responsable de leer y entender la declaración de los derechos del joven.

* Un joven, la familia del joven y el lugar donde el joven esta recluido no pueden ser discriminados por motivos de raza, color, credo religioso, inhabilidad, discapacidad, ascendencia, orientación sexual, nacionalidad, edad, identidad de género o sexo.
* Un joven tiene derecho a estar seguro, nutrido y protegido de abuso y negligencia.
* Un joven tiene derecho a vivir en un hogar estable y solidario.
* Un joven y su familia tienen derecho a ser tratados con justicia, dignidad y respeto.
* Un joven y su familia tienen derecho a ser informados de las pautas y expectativas del programa.
* Un joven y su familia tienen derecho a practicar la religión o fe que elijan, o de no practicar ninguna

religión o fe.

* Un joven tiene derecho a salud médica y de comportamiento apropiados.
* Un joven tiene derecho a rehabilitación y tratamiento humanitario.
* Un joven tiene derecho a un plan de tratamiento individualizado por escrito para ser desarrollado inmediatamente después de la admisión.
* Un joven tiene derecho a estar libre de medicación excesiva.
* Un joven no puede estar sujeto a métodos inusuales o extremos de disciplina, los cuales pueden causar daños psicológicos o físicos al niño.
* Un joven tiene derecho a ropa apropiada de acuerdo a la estación.
* Un joven y su familia tienen derecho a presentar una queja ante el programa *por una supuesta violación de un derecho civil o de un derecho especifico*  sin temor a represalias.
* Un joven y su familia tienen derecho a la confidencialidad de los archivos.
* Un joven no puede ser privado de sus derechos civiles ni de sus derechos específicos
* Los derechos del joven no pueden ser usados como premio o como sanción.

Nosotros hemos recibido y revisado nuestros derechos con el personal de George Junior Republic en Indiana, Inc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN |  | FECHA |
| FIRMA DEL JOVEN (SI APLICA) |  | FECHA |

**PROCEDIMIENTO PARA QUEJAS POR PARTE DEL CLIENTE**

Cada cliente y padre o guardián tiene derecho a presentar una queja sin temor a represalias. El Procedimiento de Quejas dentro de George Junior Republic en Indiana es el siguiente:

1. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, debe ser discutido primero con el personal de George Junior Republic en Indiana a cargo del cliente.
2. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el miembro del personal, entonces debe ser discutido con el supervisor directo de George Junior Republic en Indiana. El supervisor es una persona del personal administrativo y el supervisor directo del personal.
3. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el supervisor, entonces debe ser discutido con el director de Indiana.
4. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el director, entonces debe ser discutido con el Vicepresidente de Indiana.
5. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el Vicepresidente de George Junior Republic en Indiana, entonces debe ser discutido con el Oficial de Recursos Humanos.
6. Además, por favor tenga en cuenta que se recomienda a un cliente, joven, padre o guardián, discutir cualquier problema, pregunta, situación o preocupación acerca del Programa de George Junior Republic en Indiana con el Oficial de Probatoria o el Trabajador Social de la agencia de referencia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA DEL CLIENTE |  | FECHA |
| PADRE O GUARDIÁN (SI APLICA) |  | FECHA |

**GEORGE JUNIOR REPUBLIC EN INDIANA**

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS**

1. Yo, como el cliente (el termino “yo” y “cliente” se entenderá como el paciente recibiendo los Servicios o el padre o guardián legal quien esta ejecutando este Consentimiento en beneficio del paciente), entiendo que George Junior Republic en Indiana (“GJR”) provee una variedad de servicios, tales como terapia individual, de grupo o familiar en el hogar o en la oficina, administración de casos, diagnóstico y prueba de evaluación, valoración, pruebas de drogas al azar, vida independiente así como otras intervenciones resaltadas por las fuentes de referencia. Los servicios en persona, virtuales o telefónicos se utilizarán cuando sea apropiado. Entiendo que el cliente y/o la familia del cliente recibirán servicios de forma continua como se define en el plan de tratamiento del cliente ("Servicios") y doy mi consentimiento para la prestación de los Servicios. Yo entiendo que dichos Servicios serán administrados por un trabajador de cuidado directo con un nivel apropiado como esta definido en los estándares de servicio del estado de Indiana respecto al alcance de educación, entrenamiento y experiencia.
2. Yo entiendo que la comunicación a través de las redes sociales incluye, pero no esta limitada a Facebook, correo electrónico encriptado, Skype, oovoo, MySpace, Zoom, Teams, Twitter, Duo, Google+ y mensajes de texto puede ser utilizada y que cada intento se hará para evadir, limitar y proteger la divulgación de información personal de salud. [PHI].
3. Yo entiendo que me han explicado la siguiente información antes de comenzar los Servicios:
   1. Estado del cliente que da lugar a los Servicios propuestos
   2. Servicios propuestos a prestar al cliente.
   3. Resultado esperado de tales Servicios.
   4. Riesgos materiales de tales Servicios.
   5. Alternativas razonables a los Servicios.
4. Entiendo que tengo derecho a retirar este consentimiento para los Servicios en cualquier momento notificando a GJR, por escrito o verbalmente.
5. Yo entiendo que GJR puede terminar los Servicios notificando al cliente por escrito o verbalmente, explicando las razones para la terminación, y que GJR referirá al cliente a servicios de tratamiento alternativo, si lo solicita o lo requiere.
6. Entiendo que si el cliente necesita atención o tratamiento médico de emergencia, yo doy consentimiento a GJR a obtener dicha atención o tratamiento médico. Yo entiendo que seré responsable financieramente de cualquier atención o tratamiento médico de emergencia obtenido por GJR para el cliente.
7. He tenido suficiente oportunidad de discutir la condición del cliente con un representante de GJR. Yo entiendo el potencial de beneficios del Servicio y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
8. Yo entiendo el contenido de esta forma de consentimiento. Yo entiendo que no debo firmar esta forma si todos los elementos, incluyendo mis preguntas no han sido explicados o respondidos a mi satisfacción.
9. Reconozco que tengo el conocimiento adecuado sobre el cual basar un consentimiento informado para los Servicios.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE LA FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL FECHA DE LA FIRMA

(El Padre o el Guardián Legal deben firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO FECHA DE LA FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo

**FORMA DE CONFIRMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE**

George Junior Republic de Indiana (“GJR”) provee servicios de consulta en el hogar, grupos en el hogar, en la oficina, y otros servicios de consulta a los clientes de GJR. Debido a la naturaleza de los servicios de GJR, puede haber momentos en que a una persona, que no sea el padre se le haya asignado la responsabilidad de tomar decisiones de cuidados de salud para un cliente. Dicha persona puede ser un guardián, un representante de atención médica o un abogado especial, asignado por la corte u otra persona autorizada para tomar decisiones en nombre del cliente. (la“Parte Responsable”). Para garantizar que GJR se comunique y obtenga el consentimiento de la persona adecuada con respecto al cliente, esta forma notifica a GJR cuando una persona que no sea el padre se haya establecido como la Parte Responsable.

Además de completar esta forma, cuando hay una Parte Responsable, se debe presentar a GJR la documentación legal confirmando la autoridad de la Parte Responsable. Un ejemplo de este tipo de documentación legal es una copia de la orden de la corte estableciendo la tutela o representación. GJR se reserva el derecho de retener el tratamiento o la comunicación sobre el cliente a la persona, a menos que GJR reciba dicha documentación legal que respalde la autoridad de la Parte Responsable.

**Sección 1. Información del Cliente**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 2. Confirmación de la Parte Responsable**

Por favor marque la casilla que aplica:

* Yo soy el padre del cliente y actualmente no hay una Parte Responsable designada para el cliente.

*Si esta casilla es marcada, complete la Sección 3 y Sección 5.*

* Yo soy el padre, pero no tengo la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del cliente debido a la designación de una Parte Responsable.

*Si esta casilla es marcada, complete la Sección 3, Sección 4 con información acerca de la Parte Responsable, y Sección 5.*

* Yo soy la Parte Responsable y tengo la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del cliente debido a mi designación como (marque el circulo que aplica):
  + Guardián designado jurídicamente
  + Representante de atención médica
  + Abogado especial designado por la corte
  + Otra persona autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre del cliente. Por favor describa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si esta casilla esta marcada, complete la Sección 4 con su información y la Sección 5.*

**Sección 3. Información del Padre**

Madre

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la Casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la Casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 4. Información de la Parte Responsable**

Nombre de la Parte Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la Casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Efectiva del Estatus como Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Terminación/Evento de Estatus como Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*También por favor provea una copia de la documentación legal confirmando la autoridad de la Parte Responsable.*

**Sección 5. Presentación de juramento y Firma**

Yo he leído y entiendo la información anterior. Al firmar esta forma, yo doy fe de que he completado esta forma a mi leal saber y entender sobre la persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones en nombre del cliente.

Nombre del Padre/Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del personal de GJR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo para Uso del Personal de GJR

Han sido entregados los documentos legales respaldando a la Parte Responsable? SI / NO

Ha sido Archivada una Copia del Documento Legal en el registro del Cliente? SI / NO

**CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE Y DIVULGACIÓN**

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el transporte de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (el "Cliente" [s]), por George Junior Republic en Indiana, Inc. ("GJR"), sus agentes, terapeutas, empleados y contratistas independientes (cada uno individual y colectivamente, “Representantes de GJR”).

Al firmar este Formulario, por la presente libero y acepto eximir de responsabilidad a GJR y a los Representantes de GJR de cualquier reclamo que surja o se relacione de alguna manera con el transporte de la Persona, ya sea que la Persona sea transportada hacia o desde GJR por un Representante de GJR en el momento en que el/los cliente(s) presuntamente resulta(n) lesionado(s) como resultado de la supuesta negligencia o conducta presuntamente tortuosa de dicho Representante de GJR. Entiendo y reconozco que este formulario estará vigente independientemente de la naturaleza o la gravedad de todas y cada una de las lesiones que puedan sufrir los clientes mientras o como resultado de que el cliente sea transportado por un representante de GJR.

Antes de firmar este Formulario, he tenido suficiente oportunidad de considerar y/o consultar con un abogado de forma independiente para hacer preguntas sobre el significado y la importancia de este Formulario. Entiendo y acepto todos los términos de este Formulario y reconozco que, al hacerlo, no me he basado en ninguna declaración, explicación o promesa de ningún Representante de GJR con respecto al significado, alcance o efecto de este Formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Individuo o Padre/Guardián en nombre del Individuo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Individuo o Padre/Guardián en nombre del Individuo) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Testigo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma del Testigo) (Fecha)

**FORMULARIO DE LIBERACIÓN- Transporte/Actividades de Grupo**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la presente doy mi consentimiento a

(Nombre del Cliente) (Fecha de Nacimiento)

para la participación en tareas grupales y transporte con otros jóvenes en los programas de George Junior Republic.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Cliente, Padre o Guardián) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Testigo) (Fecha)

El Departamento de Servicios Infantiles o Libertad Condicional Juvenil es el guardián de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y da su consentimiento para que este joven participe en grupos y/o transporte con otros jóvenes involucrados en el programa de George Junior Republic.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Padre/Guardián/Agencia de Referencia) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Testigo) (Fecha)

**AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la presente doy consentimiento

(Nombre)

y autorizo comunicaciones sin restricciones entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre de la agencia o persona que proporciona o recibe información)

y George Junior Republic/George Junior Republic en Indiana.

Esto incluirá la siguiente información acerca del Cliente:

1. Evaluación/diagnóstico en tratamiento/ asesoramiento 8. Plan de cuidados continuos
2. Asistencia/participación en tratamiento/asesoramiento 9. Registros de educación
3. Progreso y pronóstico en el tratamiento/asesoramiento 10. Evaluaciones
4. Comunicación Verbal 11.Informes Mensuales/Plan de Tratamiento
5. Notas de progreso 12 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Resumen de liberación/carta de terminación
7. Información relevante para facilitar la conformidad con el programa de GJR

El propósito y la necesidad de esta divulgación es (Marque todo lo que aplique. Para los archivos de SUD, la divulgación se limitará a la información que es necesaria para llevar a cabo el propósito descrito a continuación):

\_\_\_\_ Para proporcionar tratamiento continuo/cuidado continuo,

\_\_\_\_ Para obtener un seguro, un empleo o beneficios del gobierno,

\_\_\_\_ Para permitir que jueces, abogados, oficiales de probatoria/libertad condicional apoyen los objetivos del tratamiento o hagan una divulgación legal en mi nombre,

\_\_\_\_ Para coordinar los esfuerzos de tratamiento con la familia/personas interesadas,

\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que:

* HIV – la información relacionada no será divulgada a través de esta Autorización.
* Si los registros del Cliente se relacionan con el diagnóstico, el tratamiento o la remisión para el tratamiento de un trastorno por uso de sustancias ("Registros SUD"), los Registros SUD del Cliente están protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario, y dichas divulgaciones deben limitarse a la información que sea necesaria para llevar a cabo el propósito declarado de la divulgación.
* Si los registros del Cliente son Registros SUD y doy mi consentimiento para la divulgación de Registros SUD utilizando una designación general, según lo autorizado por 42 CFR Parte 2, puedo solicitar y recibir una lista de entidades a las que se han divulgado mis Registros SUD bajo dicha designación general.
* Puedo revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en base a esta Autorización. Sin embargo, si la revocación es para los Registros SUD, la revocación se puede proporcionar de forma oral.
* George Junior Republic en Indiana (“GJR”) no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a mi ejecución de esta Autorización.
* La información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por HIPAA. Para registros SUD, GJR incluirá la siguiente declaración que prohíbe la divulgación no autorizada de dichos registros SUD:

“Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben divulgar más información en este registro que identifique a un paciente que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que se permita expresamente una mayor divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido de otro modo por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto en §§2.12(c)(5) y 2.65”.

* Esta autorización expira sesenta (60) días después de ser liberado de George Junior Republic en Indiana, cuyo periodo de tiempo no  es más largo de lo necesario para cumplir el propósito para el cual se proporcionó, a menos que se fije una fecha de vencimiento diferente de la siguiente manera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Cliente (si tiene 13 años o más) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Representante Personal \* Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Naturaleza de la relación entre el Representante Personal y el Cliente, donde sea aplicable

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo

**CONSENTIMIENTO PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y FOTOGRAFÍA**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido de la Persona Atendida: | Nombre de la Persona Atendida: |

Como persona atendida y/o padre/guardián de una persona que recibe servicios de George Junior Republic (“GJR”) y sus afiliados (George Junior Republic en Pennsylvania (GJR en PA), George Junior Republic en Indiana (GJR en IN) y/o George Junior Republic Cuidado Continuo Preventivo (GJR PAC), usted tiene derecho a dar consentimiento de usar su información personal y/o de su hijo (nombre, imagen, semejanza, voz, logros y/o actividades).

Si el consentimiento es otorgado, la información personal puede ser usada en comunicados de prensa, boletines, fotografías, videos (incluyendo voces), grabaciones, materiales de recaudación de fondos, “transmisiones” u otra difusión de información de cada organización proporcionada en televisión, radio, computadoras, teléfonos, redes sociales, blogs, podcast, dispositivos móviles, o aplicaciones, el sitio Web de GJR, otros sitios Web o servicios en línea, y otras maneras existentes o futuras de divulgar información. La información personal puede ser usada localmente, nacionalmente o internacionalmente en todos los posibles medios existentes o futuros (conocidos o desconocidos).

**Propósitos:** Las oportunidades de fotografía y medios de comunicación mencionados anteriormente apoyan la publicidad, la recaudación de fondos, la educación, la misión, los programas, personas atendidas, la comunidad, actividades o esfuerzos de cada organización.

**Al marcar “Si” y proveer mi firma a continuación:**

* Yo reconozco que tengo todos los permisos necesarios y autoridad legal para proporcionar este consentimiento para que sea legalmente valido;
* Yo doy consentimiento a GJR en PA, GJR en IN y/o a los agentes y proveedores de servicios de GJR PAC para publicar y/o divulgar la información personal mía o de mi hijo, identificado anteriormente, todo sin pagar a mi hijo, a mi si es aplicable, o cualquier otra parte;
* Yo entiendo que, puedo retirar este consentimiento escribiendo a GJR en PA, GJR en IN, y/o GJR PAC al 233 George Junior Road, Grove City, PA 16127, y acordar, por mí y por mi hijo, que cualquier retiro del consentimiento no afectara ningún elemento que haya sido publicado basado en el consentimiento inicial.

Si, yo estoy proporcionando consentimiento para divulgación en medios de comunicación y fotografía.

No, yo no estoy proporcionando consentimiento para divulgación en medios de comunicación y fotografía en este momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ***Nombre de la Persona Atendida o Padre/Guardián*** | ***Firma de la Persona Atendida o Padre/Guardián*** | ***Fecha*** |
| **\*Por favor tenga en cuenta que algunas agencias de colocación prohíben el uso de la información personal independientemente del consentimiento de los padres.** | | |

**Esta sección es SOLO PARA CONSENTIMIENTO VERBAL:** el consentimiento verbal requiere la firma de **DOS** Testigos**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ***Testigo 1: Nombre del Representante de GJR*** | ***Testigo 1: Firma del Representante de GJR*** | ***Fecha*** |
|  |  |  |
| ***Testigo 2: Nombre de la Agencia de Colocación o Representante de GJR*** | ***Testigo 2: Firma de la Agencia de Colocación o Representante de GJR*** | ***Fecha*** |

**PREGUNTAS & RESPUESTAS SOBRE EL DOCUMENTO INICIAL**

**Consentimiento:**

1. Que son“Alternativas Razonables a los Servicios”
   * Terapia y tratamientos del centro local de salud mental
   * Grupos de apoyo comunitario
   * Asesoramiento en seguros privados
   * Visitas supervisadas de pago privado
   * Programas de tutoría basados en la comunidad
   * Tratamiento basado en medicamentos a través de psiquíatras y médicos de atención primaria
2. Cuales son los riesgos de tales Servicios?
   * Síntomas fisiológicos y emocionales negativos
   * Conflicto interpersonal
   * Cambios en el comportamiento

**Formulario de la Parte Responsable:**

1. Cuando se requiere esto?

* Cuando no esta seguro de quien es la Parte Responsable. Usualmente sería el padre pero puede ser DCS.