



LA COALICION DE LA FAMILIA DE UTAH  
 DIVULGACION DE INFORMACION Y  
 CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS COORDINADOS

Yo entiendo que los archivos de mi niño/a están protegidos bajo las regulaciones Estatales y Federales así como por los códigos éticos que gobiernan la confidencialidad y no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito, al menos que las regulaciones Estatales y Federales establezcan otra manera para su divulgación. Yo autorizo la divulgación de la información solo a las agencias nombradas a continuación con la restricción que dicha información no puede ser divulgada a ninguna otra persona o entidad.

Departamento de los Servicios de la Fuerza del Trabajo (DWS)	Proveedor de Salud Mental
División de los Servicios del Niño y la Familia (DCFS)	Personal de la Escuela
División de los Servicios para Gente con Discapacidades	Defensor de la Familia (Family Advocate)
División de Justicia Juvenil	Departamento de Salud
Corte Juvenil	Proveedor de Abuso de Sustancias
Aliados con las Familias (Allies with Families)	

Si, Estoy de Acuerdo \_\_\_\_\_ No, No Estoy de Acuerdo: \_\_\_\_\_

Yo excluyo a: \_\_\_\_\_ de la lista anterior

La información es para ser divulgada solamente con los siguientes propósitos: Para proveer una variedad de servicios para su niño/a y para la familia. Con el fin de proporcionar estos servicios, representantes de agencias publicas o privadas pueden estar trabajando conjuntamente con un defensor de la familia en equipo y pueden necesitar compartir información acerca de su niño/a entre ellos/ Esto es para mejorar la coordinación de los servicios.

Miembros de la Familia	Fecha de Nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estoy consciente que tengo dos semanas para considerar esta solicitud antes de que deba responder y antes que los servicios ofrecidos puedan ser proporcionados a mi niño/a. Yo he sido enteramente notificado de este derecho. Con el fin de evitar un retraso innecesario, por medio de la presente renuncio a mi derecho de las dos semanas de espera y autorizo al equipo a que provea los servicios inmediatamente. Si estoy de acuerdo en la divulgación de mis archivos a las agencias nombradas en esta forma, yo entiendo que este consentimiento expirara en un año a partir de la fecha y la firma a continuación a menos que yo revoque el consentimiento antes de ese periodo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

