|  |  |
| --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)**Autorización y consentimiento para divulgar registros****Authorization and Consent to Share Records** |
| **Autorización y consentimiento para divulgar los registros y la información de:** |
| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO |
| DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL**, WA** |
| NÚMERO DE TELÉFONO | ASOCIADO CON EL NÚMERO DE PROVEEDOR (SI LO CONOCE) |
| **Consentimiento:** |
| Consiento a que la Agencia de colocación de niños (CPA)/Cuidado grupal (CG), la División de Licencias (LD) del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) , y las siguientes agencias, proveedores y personas obtengan mi información confidencial. Autorizo a la LD, las CPA y a las agencias, los proveedores y las personas que se mencionan a continuación para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con el fin de evaluarme para brindarme acceso a menores en cuidado fuera del hogar. La información puede ser compartida verbalmente, por transferencia de datos por computadora, por correo o por entrega en mano.  |
| **Las agencias, proveedores y personas abajo indicados se incluyen en este consentimiento y autorización, además de la LD/CPA/GC:** |
| [ ]  Ninguno – no me han pedido mi consentimiento para ninguna otra agencia, proveedor o persona[ ]  Amazon.com[ ]  Northwest Adoption Exchange (NWAE)[ ]  Agencia de colocación de niños: [ ]  Proveedores de servicios de salud y salud mental: [ ]  Proveedores de servicios de dependencia de sustancias químicas: [ ]  Otro:  |
| **Este consentimiento y autorización incluye a los servicios y la información que se indican a continuación:** |
| [ ]  Ninguno de mis registros de cliente – No me han pedido mi consentimiento[ ]  Nombre, dirección y número de teléfono (para envíos)[ ]  Sólo los siguientes registros: [ ]  Todos mis registros de clienteRECUERDE: Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de la siguiente información, debe además llenar esta sección para incluir estos registros: Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):[ ]  Salud mental [ ]  Dependencia a sustancias químicas [ ]  Resultados, diagnóstico o tratamiento de VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual**Aviso a quienes reciben la información:** Si estos registros contienen información sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual o abuso del alcohol o las drogas, las leyes federales y estatales estipulan que usted no puede divulgar esta información sin el permiso específico del sujeto y sólo después de cumplir con requisitos legales específicos.  |
| **Este consentimiento es válido for:** |
| [ ]  Un año [ ]  Hasta el  [ ]  Durante todo el tiempo que la LD del DCYF o la CPA necesiten registros* Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya entregada.
* Entiendo que los registros entregados bajo este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DCYF o la CPA.
* Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para entregar registros.
 |
| **Firmas** |
| FIRMA | FECHA |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR DE LA LD/CPA | NÚMERO DE TELÉFONO |
| FIRMA DEL TRABAJADOR DE LA LD/CPA | FECHA |
| NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE) |