|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 cliente  RECUERDE: 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) | | | |