

## CONSENTIMIENTO DE CROSSOVER YOUTH PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

*Este formulario ha sido diseñado para ser utilizado por las agencias que colaboran entre sí para planear, coordinar y brindar servicios a los jóvenes en transición<sup>1</sup> y sus familias.*

**Por favor lea este formulario de consentimiento con cuidado y, si tiene un abogado, consúltele antes de firmar. Su hijo(a) también debe consultar con su abogado antes de firmar este formulario.**

Se le pide que firme este formulario porque su hijo(a) fue arrestado(a) recientemente y su familia tiene un caso abierto de bienestar de menores. A fin de decidir qué servicios son los más apropiados para su hijo(a) en tanto se encuentre en un proceso judicial, los sistemas de bienestar infantil y justicia juvenil desearán analizar la manera en la que puedan trabajar juntos para coordinar los servicios.

El intercambio de información entre agencias no puede darse sin su consentimiento. Si su hijo(a) dio su consentimiento para ciertos tratamientos que incluyan el de salud mental y/o consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo, únicamente su hijo(a) puede consentir la divulgación de información sobre sus tratamientos. Si usted (o su hijo[a]) deciden no firmar este formulario, eso no afectará su caso de delincuencia juvenil. El caso de delincuencia juvenil seguirá abierto, pero no habrá comunicación entre los proveedores a menos que el tribunal lo ordene.

### PARTE 1: POR QUÉ SE COMPARTE LA INFORMACIÓN

El intercambio de información tiene como fin ayudar la coordinación entre las diferentes agencias, y al menor y a la familia a identificar la mejor manera de proceder. La meta es asegurar que los servicios y tareas satisfagan las necesidades del menor y no entren en conflicto con las referencias que ya se hayan hecho. La información será compartida para coordinar servicios para el menor en cuestión.

### PARTE 2: QUIÉN PUEDE RECIBIR LA INFORMACIÓN

Acepto que la información sea compartida y discutida entre el Departamento de Libertad Condicional (DOP, por sus siglas en inglés) de la Ciudad de Nueva York, la Dirección de Servicios al Menor (ACS) de la Ciudad de Nueva York, las agencias de servicios de cuidado temporal y/o preventivos mencionadas aquí, cualquier programa de Alternativas a la Detención (ATD), Programa de Alternativas a la Ubicación (ATP), o un proveedor de Ubicación Segura, de Seguridad Limitada, o No Seguro, Detención de la División de Justicia Juvenil y Familiar (DYFJ) y todas las demás personas nombradas aquí (todas las personas, partes, programas y/o agencias; con la excepción del DOP y la ACS que deben especificarse aquí):

### PARTE 3: QUÉ INFORMACIÓN PUEDE COMPARTIRSE

#### INFORMACIÓN DE JUSTICIA JUVENIL

La siguiente información sobre del caso de delincuencia de mi hijo(a) puede compartirse con la ACS y las agencias y personas antes mencionadas (*marque todas las opciones pertinentes*):

- Hechos sobre el arresto más reciente de mi hijo(a), si son relevantes
- Los registros educativos de mi hijo(a) (seleccione los registros aplicables)
  - Registro de inscripción en la escuela

<sup>1</sup> "Crossover youth", o "Jóvenes en transición" quiere decir los jóvenes que tienen relación con el sistema de bienestar infantil y el sistema de justicia juvenil.

- Registro de asistencia
- Registro académico
- Clasificación de educación especial, si procede
- Otro:

- Cumplimiento de libertad condicional, cumplimiento/asistencia al ATD o cumplimiento/asistencia al ATP

- Otra información, especifique aquí:

### **INFORMACIÓN DE LA ACS Y DE LAS AGENCIAS DE SERVICIOS DE CUIDADO TEMPORAL Y/O PREVENTIVOS**

Durante el caso de delincuencia juvenil, la ACS y otras agencias de servicios de cuidado temporal y/o preventivos podrán compartir la siguiente información acerca de mi hijo(a) con el DOP y las agencias y personas especificadas en la Parte 2 (*marque todas las opciones pertinentes*):

- Informes indicados en la Clasificación de Cuidados Especializados (SCR) que tengan que ver con este menor (salvo cuando cualquier información con respecto a la fuente del informe tenga que redactarse)
- Información de servicios de cuidado temporal, a saber:
  - Plan de servicio
  - Participación en servicios (excluir información con respecto a partes que no seamos mi hijo[a] o yo mismo)
  - Meta de permanencia y planeación
  - Registro de ubicación previa y actual del menor
  - Fechas de citas en el tribunal y registro de procedimientos del caso de bienestar del menor
  - Alegatos, hallazgos, sentencias y otras órdenes
- Información sobre los servicios preventivos que se estén brindando (excluir información con respecto a partes que no seamos mi hijo[a] o yo) (*escriba los servicios*):
- Los registros educativos de mi hijo(a) (*seleccione los registros aplicables*)
  - Registro de inscripción en la escuela
  - Registro de asistencia
  - Registro académico
  - Clasificación de educación especial, si procede
  - Otro
- La información de la salud mental de mi hijo(a), como diagnósticos, información de tratamiento actual y medicamentos. (*Si el menor consintió a seguir un tratamiento de salud mental, únicamente éste puede consentir la divulgación de información de dicho tratamiento.*)
- La información de consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo de mi hijo(a), como diagnósticos, información de tratamiento actual y medicamentos. (*Si el menor consintió a seguir un tratamiento por drogadicción o alcoholismo, únicamente este puede consentir la divulgación de*

*información de dichos tratamientos.)*

#### **OTRAS AGENCIAS CON INFORMACIÓN QUE COMPARTIR**

Las demás agencias especificadas en la Parte 2 que estén involucradas en el caso de delincuencia juvenil podrán compartir la siguiente información acerca de mi hijo(a) con el DOP, la ACS y las agencias de atención de servicios de cuidado temporal y preventivos, y los demás participantes nombrados anteriormente (*marque todas las opciones pertinentes y especifique la agencia a la que se le permite compartir la información*):

- Departamento de Educación: Registros educativos, especifique aquí:
  
- Proveedor de servicios de salud mental: Información de la salud mental de mi hijo(a), como diagnósticos, información del tratamiento actual y medicamentos. (*Si el menor consintió a seguir un tratamiento de salud mental, únicamente éste puede consentir a la divulgación de información de dicho tratamiento.*)
  
- Proveedor de consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo: La información del consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo de mi hijo(a), como diagnósticos, información del tratamiento actual y medicamentos. (*Si el menor consintió a seguir un tratamiento por consumo de drogas ilegales o alcoholismo, únicamente éste puede consentir a la divulgación de información de dichos tratamientos.*)
  
- Otra información, especifique aquí (incluya el nombre de la agencia y/u organización que proporciona la información):

#### **PARTE 4: CÓMO PUEDE USARSE LA INFORMACIÓN**

La información que puede compartirse está limitada de las siguientes maneras:

*(Llene esta parte si, por ejemplo, la información debe limitarse a ciertos períodos o a ciertos servicios. Si no se requieren tales límites, indique "sin límites".)*

#### **PARTE 5: CUÁNDO FINALIZA EL CONSENTIMIENTO**

**El consentimiento finaliza cuando el caso de delincuencia es desestimado por el tribunal o cuando lo servicios de resolución lleguen a su fin.**

Entiendo que puedo ponerle fin a este consentimiento en cualquier momento al llenar el formulario adjunto y enviarlo por correo a la dirección proporcionada. También entiendo que es posible que los registros compartidos antes de la finalización de este consentimiento no sean devueltos.

#### **PARTE 6: REDIVULGACIÓN**

Acepto que mi hijo(a) participe en los siguientes servicios y actividades:

A fin de que el plan entre en vigor, acepto que la información pueda compartirse con las siguientes personas y/o agencias:

La siguiente información no podrá compartirse: *(El personal de bienestar infantil no puede garantizar que la información compartida siga siendo confidencial. La ACS no puede limitar la redivulgación permitida por ley o contrato.)*

## PARTE 7: CONSENTIMIENTO

**Entiendo que las leyes estatales y federales prohíben que las personas que reciban registros de bienestar infantil, salud mental, consumo de alcohol o drogas y registros educativos redivulguen estos registros sin permiso. Asimismo, entiendo que la información solo será compartida tal y como se describe en este formulario.**

**Cualquier información que el menor tenga derecho a mantener confidencial según las leyes y reglamentos federales y estatales no será compartida sin el consentimiento escrito del mismo. (Ejemplos de esto son registros relacionados con salud sexual y reproductiva, e información relacionada con VIH y SIDA.) El menor deberá consultar con su abogado antes de dar su consentimiento.**

**\*El personal de bienestar infantil no puede garantizar que la información compartida siga siendo confidencial. La ACS no puede limitar la redivulgación permitida por ley o contrato. La información de esta reunión será documentada en el registro del caso y podrá usarse para planeación del caso en procedimientos posteriores del tribunal y en la investigación de nuevas acusaciones de abuso o maltrato en caso de que se presente tal información.**

Padre o tutor			
Relación con el menor			
Nombre del menor			
Fecha de nacimiento del menor			
Firma del padre o tutor		Fecha	
Firma del menor <i>(Si su hijo(a) dio su consentimiento para recibir ciertos tratamientos como salud mental, consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo, únicamente este(a) puede consentir la divulgación de información de estos tratamientos.)</i>		Fecha	

## CONTACTOS IMPORTANTES DE CROSSOVER (TRANSICIÓN)

Funcionario de libertad condicional		Teléfono	
Supervisor de libertad condicional		Teléfono	
Contactos de la ACS o Agencia		Teléfono	
Otros contactos		Teléfono	

## FINALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

*Debe llenarse únicamente cuando el padre o el menor retiren el consentimiento*

Con la firma de este formulario afirmo que ya no deseo que la ACS ni ninguna agencia contratada por la ACS ni por el Departamento de Libertad Condicional compartan información entre ellas con respecto al caso criminal de mi hijo(a) ni con el caso de bienestar infantil.

Si su hijo(a) otorgó su consentimiento para compartir cierta información de tratamientos como de salud mental, consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo, únicamente éste(a) puede finalizar el consentimiento para compartir esta información.

La información debe ser enviada por correo a:

Nombre		Información de contacto	
Nombre		Información de contacto	

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO FINALIZO MI CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, SALVO EN LOS CASOS EN QUE LA DIVULGACIÓN SEA PERMITIDA POR LEY:**

### INFORMACIÓN DE JUSTICIA JUVENIL

- Hechos acerca del arresto más reciente de mi hijo(a)
- Los registros educativos de mi hijo(a) (seleccione los registros aplicables)
  - Registro de inscripción a la escuela
  - Registro de asistencia
  - Registro académico
  - Clasificación de educación especial
  - Otro:
- Cumplimiento de libertad condicional, cumplimiento y/o asistencia al ATD o cumplimiento/asistencia al ATP
- Otra información, especifique aquí:

**INFORMACIÓN DE LA ACS Y LAS AGENCIAS DE SERVICIO DE CUIDADO TEMPORAL Y PREVENTIVOS**

- Informes indicados de la SCR con respecto a este menor
- Información de servicio de cuidado temporal, a saber:
  - Plan de servicio
  - Participación de servicios (excluir información con respecto a partes que no seamos mi hijo[a] o yo mismo)
  - Meta de permanencia y planeación
  - Registro de ubicación previa y actual del menor
  - Fechas de tribunal e historia de procedimientos del caso de bienestar del menor
  - Alegatos, hallazgos, sentencias y otras órdenes
  - Todas las anteriores
- Información acerca de los servicios preventivos que se le proporcionan a mi familia y tienen que ver con mi hijo(a):
- Los registros educativos de mi hijo(a) (*seleccione los registros aplicables*)
  - Historia de inscripción en la escuela
  - Registro de asistencia
  - Registro académico
  - Clasificación de educación especial
  - Otro:
  - Todas las anteriores
- La información de la salud mental de mi hijo, como diagnósticos, información del tratamiento actual y medicamentos. (*Si el menor consintió a compartir información del tratamiento de salud mental, únicamente este puede revocar el consentimiento para compartir esta información.*)
- La información de consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo de mi hijo(a), como diagnósticos, información del tratamiento actual y medicamentos. (*Si el menor consintió a compartir información de tratamiento por consumo de drogas ilegales o alcoholismo, únicamente éste puede revocar el consentimiento para compartir esta información.*)

Nombre del padre o tutor			
Relación con el menor			
Nombre del menor			
Fecha de nacimiento del menor			
Firma del padre/tutor		Fecha	
Firma del menor <i>(Si su hijo(a) dio su consentimiento para compartir cierta información de tratamientos, como de salud mental, consumo de drogas ilegales o tratamiento por alcoholismo, únicamente su hijo(a) puede revocar el consentimiento para compartir esta información).</i>		Fecha	