



Fairfield County Family & Children First Council
Consentimiento para la divulgación de información

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección del cliente: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico del cliente: _____

Autorizo a las siguientes agencias y/u organizaciones el derecho a intercambiar información relacionadas con el historial del caso, evaluaciones psicológicas y educativas, tratamiento y actualizaciones del progreso con el propósito de desarrollar objetivos integrales de coordinación de servicios que satisfagan las necesidades de este cliente y/o su familia. La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la nueva divulgación por parte del destinatario de la información.

Las agencias/organizaciones nombradas a continuación tienen mi permiso para intercambiar o compartir información mientras me ayudan con los servicios a través del Consejo de Servicios Perinatales. Si hay exclusiones, por favor indíquelo.

Fairfield County ADAMH Board

Fairfield County Board of Developmental Disabilities

Fairfield County Department of Health

Fairfield County Department of Job and Family Services (especifique si hay exclusiones)

- Child Protective Services
- Child Support Enforcement
- Servicios comunitarios

Lancaster-Fairfield Community Action Agency

- Early Childhood Programs
- Housing Assistance and Supports for Youth
- Servicios sociales

Fairfield County Family and Children First Council

Fairfield County Help Me Grow

Fairfield Medical Center

New Horizons Mental Health Services

Pickerington Area Counseling Office

The Recovery Center

Ohio Guidestone

Escuela (especifique) _____

Otro hospital (especifique) _____

Otra agencia/organización

(especifique) PDHC (Pregnancy Decisions Health Care) _____

Integrated Services Behavioral Health

Mid-Ohio Psychological Services

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para divulgar información en cualquier momento. Este formulario de consentimiento es válido durante un año a partir de la fecha en que se firma la autorización o según se indique lo contrario.



(Firma del cliente)

(Fecha)

Firme a continuación sólo si desea revocar su consentimiento.

Revocación del consentimiento: Por la presente, revoco el consentimiento anterior para la divulgación de información.

Tras la revocación del consentimiento, cesará inmediatamente la divulgación posterior de la información especificada.

(Firma del cliente)

(Fecha)



Fairfield County Family & Children First Council
Consentimiento para la divulgación de información

Nombre del cliente _____ Fecha de remisión _____
Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad _____ Código postal _____
Teléfono _____ ¿Se permiten los mensajes de texto? ☐ **Sí** ☐ **No**
Raza _____ Sexo _____ Idioma principal _____
Persona/Agencia remitente _____
Posibles servicios solicitados _____

Familia

- Pareja de la madre _____ Masculino ☐ Femenino ☐
- Dirección (☐ es la misma) _____ Teléfono _____
¿Se puede compartir información con ellos? ☐ **Sí** ☐ **No**

- **¿Hay otro adulto viviendo en el hogar?** (es decir, amigo o familiar) ☐ **Sí** ☐ **No**
Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
¿Se puede compartir información con ellos? ☐ **Sí** ☐ **No**

- **Niño/Niños (Por favor, escriba la información de todos los niños)**

Nombre del hijo/hija _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Actualmente reside en _____
Padre del niño _____

Nombre del hijo/hija _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Actualmente reside en _____
Padre del niño _____

Nombre del hijo/hija _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Actualmente reside en _____
Padre del niño _____

Nombre del hijo/hija _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Actualmente reside en _____
Padre del niño _____

¿Está el cliente y la familia en un entorno de vida estable? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es “**no**”, explique su situación de vivienda.

Participación de la agencia (marque todas las opciones que correspondan)

_____ Child Protective Services: *Trabajadora social* _____

_____ Job & Family Services: *Servicios* _____

_____ Programa del Tribunal: Oficial de Libertad Condicional _____

_____ Proveedores de salud mental: *Agencia/Médico Clínico* _____
Agencia/Médico Clínico _____
Agencia/Médico Clínico _____

_____ WIC: ¿En qué condado? _____

_____ Programas para la primera infancia (preescolar o visitas a domicilio) _____

Nombre del visitante a domicilio _____

_____ Acción comunitaria: *Servicios* _____

_____ Otros: Agencia _____

Salud de la madre

¿Está embarazada actualmente la mamá? ☐ **Sí** Fecha prevista de parto ____ / ____ / ____ ☐ **No**

¿Recibe actualmente la madre atención gineco-obstétrica? ☐ **Sí** ☐ **No** Médico _____

¿Cuál es el nombre del **centro de maternidad** previsto? _____

¿Consume actualmente la madre alguna sustancia legal o ilegal? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Dispone de un Plan de Cuidados Seguros (PoSC)? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es “**sí**” ¿Qué sustancia(s)? _____

Medicamentos que está tomando actualmente _____

Diagnósticos _____

Información del Seguro

_____ Medicaid ☐ UHC ☐ Aetna ☐ CareSource ☐ Molina ☐ Buckeye Healthcare ☐ Anthem BC/BS

_____ Seguro privado Proveedor _____

Información financiera

Ingreso bruto anual de la madre _____ Empleador _____

Ingreso bruto anual del padre _____ Empleador _____

¿Recibe SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Cantidad por mes? _____

Otros ingreso (es decir, manutención infantil, jubilación, seguro social, etc.) _____

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Objetivo 1:

Acción: Quién:

Quién:

Resultado:

Resultado:

Objetivo 2:

Objetivo 2:

Acción: Quién:

Acción:

Quién:

Resultado:

Resultado:

Cassie Bridgeman, Perinatal Cluster Coordinator
Fairfield County Family and Children First Council
 831 College Ave., Suite C Lancaster Ohio 43130
 740-652-7287 (Teléfono) 740-681-5540 (Fax)
lcassandra.bridgeman@fairfieldcountyohio.gov

Cassie Bridgeman, Perinatal Cluster Coordinator
Fairfield County Family and Children First Council
 831 College Ave., Suite C Lancaster Ohio 43130
 740-652-7287 (Teléfono) 740-681-5540 (Fax)
lcassandra.bridgeman@fairfieldcountyohio.gov

4