



AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE VISITAS A DOMICILIO PARA EL APOYO FAMILIAR

First 5 Alameda County inscribe a mujeres embarazadas y a familias con recién nacidos y niños pequeños de hasta 5 años de edad en los programas de visitas a domicilio del Condado de Alameda. Los servicios pueden incluir:

- Información sobre atención prenatal, posparto, cuidado a recién nacidos, planificación familiar, salud y seguridad de la mujer.
- Alimentación y ayuda nutricional para recién nacidos y niños pequeños
- Coordinación de la atención entre los médicos y otros proveedores de atención médica
- Detección sistemática del desarrollo del niño, apoyo y servicios
- Recomendaciones a otros recursos de la comunidad

Todos los servicios son voluntarios.

1. Marque la casilla y escriba sus iniciales/fecha en los programas en que usted autoriza la inscripción de su hijo(a).

<input type="checkbox"/> Alameda County Public Health Nursing ofrece consejería a domicilio y servicios de evaluación para mujeres, bebés y niños.	Iniciales: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Black Infant Health / Improving Pregnancy Outcomes (IPOP) ofrece consejería a domicilio, intervención de grupo, coordinación de la atención, educación sobre la salud y servicios de paternidad para la comunidad afroamericana.	Iniciales: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Brighter Beginnings ofrece el consejería a domicilio a largo plazo y servicios de apoyo a adolescentes embarazadas y adolescentes que son padres en el norte del Condado de Alameda.	Iniciales: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> City of Berkeley Public Health Nursing ofrece consejería a domicilio y evaluación a familias e individuos.	Iniciales: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Early Head Start ofrece servicios semanales de consejería a domicilio a domicilio a los residentes de la Ciudad de Oakland con hijos(as) de hasta 3 años de edad. Los servicios son suministrados por la Ciudad de Oakland y Brighter Beginnings.	Iniciales: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Fussy Babies Program of Children's Hospital Oakland ofrece servicios de apoyo familiar en persona o por teléfono a padres con bebés que parecen molestos, lloran demasiado o tienen dificultades para dormir o comer.	Iniciales: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> MADRE of Alameda County Public Health ofrece consejería a domicilio, coordinación de la atención, asistencia con los vínculos y el acceso a la atención a las mujeres y familias que han experimentado pérdida fetal / infantil, historial de bajo peso al nacer o parto prematuro.	Iniciales: _____	Fecha: _____

<input type="checkbox"/> Special Start Postpartum incluye breve servicio de apoyo a las madres después de haber dado a luz a bebés que hayan nacido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y con un peso de menos de 1500 gramos. Los servicios son suministrados por Special Start del Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda (Alameda County Public Health Department).	Iniciales: _____ Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Special Start incluye consejería a domicilio a largo plazo y servicios de apoyo para familias con niños que fueron dados de alta de una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Los servicios son proporcionados por el Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda o los Servicios Special Start del Children's Hospital Oakland.	Iniciales: _____ Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Tiburcio Vasquez Family Support Services ofrece consejería a domicilio a largo plazo y apoyo a adolescentes embarazadas y adolescentes que son padres, y jóvenes adultos que viven en el sur del Condado de Alameda.	Iniciales: _____ Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Your Family Counts (YFC) , un equipo multidisciplinario de proveedores del Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda y First 5 Alameda County, ofrecen servicios de apoyo familiar a domicilio.	Iniciales: _____ Fecha: _____

2. Siempre y cuando sea necesario para ofrecer los servicios, autorizo a que la información médica sobre el historial médico, desarrollo, estado físico y tratamiento de mí y de mi hijo(a) que reciba First 5 Alameda County sea revelada a todos los proveedores de atención médica indicados a continuación que ofrecen servicios a mi familia en colaboración con First 5 Alameda County. La información sobre salud mental, VIH y uso de sustancias NO se incluye. He marcado la casilla de las agencias con las que NO deseo compartir mi información.

<input type="checkbox"/> A Better Way	<input type="checkbox"/> Family Support Services of the Bay Area
<input type="checkbox"/> Alameda County Behavioral Health	<input type="checkbox"/> La Familia Counseling Service
<input type="checkbox"/> Alameda County Public Health Department	<input type="checkbox"/> Lifelong Medical Care-Howard Daniel Clinic
<input type="checkbox"/> Alameda County Social Services Agency	<input type="checkbox"/> Prescott-Joseph Center for Community Enhancement
<input type="checkbox"/> Brighter Beginnings	<input type="checkbox"/> Tiburcio Vasquez Health Center
<input type="checkbox"/> Children's Hospital & Research Center at Oakland	<input type="checkbox"/> Mi plan de salud: _____
<input type="checkbox"/> City of Berkeley Public Health Department	<input type="checkbox"/> Mi obstetra: _____
<input type="checkbox"/> Family Resource Network	<input type="checkbox"/> Mi pediatra: _____
<input type="checkbox"/> Otro:: _____	

En representación mía:

Nombre del Padre/Madre o Tutor legal	Apellido en letra de molde	Fecha de nacimiento
--------------------------------------	----------------------------	---------------------

y mi(s) niño(s):

Nombre (hijo 1)	Apellido (hijo 1)	Fecha de nacimiento
-----------------	-------------------	---------------------

Nombre (hijo 2)	Apellido (hijo 2)	Fecha de nacimiento
-----------------	-------------------	---------------------

Nombre (hijo 3)	Apellido (hijo 3)	Fecha de nacimiento
-----------------	-------------------	---------------------

3. COMPRENDO QUE:

- Se me ha recomendado y me he inscrito en los programas marcados anteriormente y que tienen mis iniciales.
- En cualquier momento puedo dar por finalizados estos servicios notificando al proveedor de los mismos.
- Recibí una copia de este formulario, y comprendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Ave., Alameda CA 94501.
- Puedo cancelar cualquier parte de este consentimiento en cualquier momento escribiendo a: First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Ave., Alameda CA 94501. La cancelación se hará efectiva cuando First 5 Alameda County reciba la solicitud. First 5 Alameda County no puede anular ninguna difusión que ya se haya realizado con mi autorización, y tiene la obligación legal de conservar los expedientes de la atención médica que se me haya proporcionado.
- La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por la agencia o proveedor que la reciba. First 5 Alameda County no puede controlar el uso que la agencia/proveedor hace de esta información. En algunos casos, las leyes de California prohíben que la agencia/proveedor que recibe mi información médica realice otras difusiones de ella a menos que obtengan de mí otra autorización o a menos que la difusión esté permitida o sea requerida por ley. Sin embargo, es responsabilidad de la agencia/proveedor determinar lo que es legal y cuáles son otras obligaciones relacionadas con esta información y asimismo son responsables de cumplir esas obligaciones.
- Las fotocopias y faxes de esta autorización firmada serán utilizados como si fueran originales.

- Toda la información compartida se mantiene en la más estricta confidencialidad. Las excepciones a la protección de la confidencialidad que permiten o exigen las leyes estatales y federales incluyen la información sobre:
 - ♦ Peligro a mi persona o a otra persona
 - ♦ Negligencia o abuso real o sospecha de abuso de niños/menores o personas mayores/adultos dependientes
 - ♦ Discusión apropiada de los detalles específicos del caso con otros profesionales para consultoría o supervisión

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Título/Parentesco: _____

4. RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Reconozco que he recibido el Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de First 5 Alameda County.

Firma: _____ Fecha: _____

**Este consentimiento se vence cinco años después de la fecha en que fue firmado.
Para obtener más información, llame al 510.227-6900.**

La Enmienda a la ley de Niños y Familias protege cualquier información que sea recolectada por las Comisiones de California de Primeros 5, que pueda identificar a personas individualmente, de ser revelados a entidades no autorizadas, al menos que se obtenga previo consentimiento del cliente, padre o tutor legal.