**Plan de apoyo familiar**

**(Plan de cuidados seguros)**

El embarazo y la crianza de un niño pequeño son etapas emocionantes y desafiantes para todos los padres. La planificación y preparación son importantes, especialmente para los padres que se están esforzando por una pronta recuperación del abuso de sustancias. Todas las familias merecen recibir ayuda y apoyo: no hay ninguna penalización por acudir a alguien o pedir ayuda.

\* \* Tenga en cuentan lo siguiente: este es un documento general que se puede usar para las familias en muchas situaciones diferentes antes o después del nacimiento de un hijo; complete las partes que se aplican a usted y su familia. \* \*

***Cómo usar este plan:***

***Padres y familias:*** Si está embarazada o recientemente tuvo un hijo, este plan puede ayudar a encontrar los apoyos y servicios que necesita para que usted y su hijo se mantengan saludables. Puede actualizar este plan con el tiempo para tener un registro de todo lo que ha hecho para prepararse para la crianza y mostrar el progreso que ha logrado.

*Trabaje en este plan con un proveedor de confianza* (consejero, administrador de casos o asesor de recuperación). Es importante no hacer este esfuerzo solo. Si no tiene una persona con la que ya está trabajando, pregúntele al personal de la clínica en la que recibió la atención prenatal o en un programa local de tratamiento por abuso de sustancias. Ellos pueden contactarle con un proveedor.

***Proveedores:*** Este plan es una guía que le ayudará a trabajar con mujeres y familias en la etapa perinatal. La lista de servicios en la página 4 sirve como recordatorio de los recursos disponibles que pueden ser útiles para sus clientes. No dude en editar este plan e incluir los recursos adicionales que están disponibles en su área. Este plan debe ser completado conjuntamente, entre usted y su cliente, en el marco de una conversación de confianza.

Idealmente, este plan se incluye en la participación continua o al trabajo de navegación de la atención, en lugar de completarse en una sesión única. Las familias pueden considerar útil reunirse mensualmente con el coordinador de su plan, por un período de al menos 12 meses y actualizar este plan a medida que se desarrollan las circunstancias.

Se le debe recordar al cliente que cualquiera de las partes de este plan se completa de forma voluntaria y solo se ofrecen para ayudar. No hay ninguna penalización si un cliente se niega a usar o seguir cualquier parte de este plan. No obstante, es obligatorio que los proveedores les ofrezcan un plan de apoyo familiar/plan de cuidados seguros a los clientes y que les proporcionen cálidos referidos siempre que estén disponibles.

***Confidencialidad y propósito del plan:***

***Confidencialidad***: El plan de apoyo familiar/plan de cuidados seguros está principalmente diseñado para organizar y facilitar el acceso a los servicios que ayudan a los padres en el inicio de su recuperación o que están consumiendo sustancias. Sin embargo, este plan puede ofrecer información útil al Departamento de Niños y Familias (*Department of Children and Families*, DCF por sus siglas en inglés) u otros proveedores involucrados. Se debe educar a los clientes acerca de su derecho a la privacidad y fomentar que completen autorizaciones de divulgación de información para que se pueda compartir el plan de apoyo familiar/plan de cuidados seguros con el DCF u otros proveedores que participan en su atención. Al dorso de este plan se adjunta una muestra de las autorizaciones de divulgación de la información que cumplen con las pautas de privacidad del 42 CFR. ***Incluso sin la autorización de divulgación de información, es importante que los proveedores le informen al Departamento de Niños y Familias que ofrecieron o crearon un plan, aunque el DCF actualmente no tenga relación con la familia. También le deben informar al Departamento si se le brindó algún referido a la familia. Deberían hacerlo sin dar detalles específicos; salvo que se haya firmado una declaración de divulgación de confidencialidad.***

***Propósito del plan de apoyo familiar/plan de cuidados seguros***: El plan de apoyo familiar/plan de cuidados seguros está diseñado para ayudar a las familias a acceder a los servicios que pueden necesitar para prepararse para la maternidad y paternidad. También se puede usar para mostrar al Departamento de Niños y Familias el esfuerzo coordinado por participar en el tratamiento y recuperación por consumo de sustancias y por proporcionar un hogar seguro y saludable a sus hijos. Este plan es un ejemplo de un plan integral de cuidados seguros. Los proveedores o las comunidades locales pueden diseñar su propio plan de cuidados seguros. El plan de acción del DCF y el plan de servicios familiares personalizados de intervención temprana también sirven como planes de cuidados seguros.

**I. Familia y contactos principales:**

**Mi nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** F. de nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el niño/a (o niño/a por nacer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Se puede enviar mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_

**Si está embarazada:** Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la primera cita de cuidados prenatales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complicaciones en el embarazo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si está en el posparto/es padre, madre o tutor:** Nombre del hijo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con quién vive ahora el niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mi principal persona de apoyo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
¿Se puede enviar mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

Relación con usted y su hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_

*Considere firmar autorizaciones para que su persona de apoyo principal se pueda comunicar con los demás integrantes de su equipo.*

**En caso de emergencia, ¿quién quiere que cuide de su hijo/a?**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con usted o su hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otros miembros del grupo familiar (quién más vive en su hogar con usted y/o su bebé):**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con usted o su hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con usted o su hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con usted o su hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sus otros hijos:**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vive con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vive con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vive con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vive con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. ¿Quién más está en su equipo?**

En la siguiente tabla, haga una lista de las personas que le están ayudando o que saben algo sobre su vida. Pueden ser profesionales, familiares o amigos. Es útil firmar las autorizaciones de divulgación de información para que el DCF pueda hablar con estas personas si le están ayudando con su tratamiento y recuperación del consumo de sustancias. Si en la siguiente lista hay un tipo de proveedor con el que desea trabajar, pida ayuda para comunicarse con ese tipo de proveedor.

***Complete solo las partes que se aplican a usted. No dude en dejar espacios en blanco si no se aplican.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rol en el equipo**  *(¿Tipo de proveedor?)* | **Agencia** *(O relación)* | **Nombre** | **Números de teléfono:** | **Otra información de contacto** *(p. ej., correo electrónico, mejor horario para llamar, etc.)* | **Fecha de la próxima cita** | **Notas de evolución**  **(Incluya la fecha)** |
| Ejemplo: Apoyo de pares | Asesor de recuperación | Angela Ejemplo | (413) 555-0123 | [a.example@googles.com](mailto:a.example@googles.com) | 8/25/18 | Trabajando en las habilidades de afrontamiento |
| Médico de atención primaria |  |  |  |  |  |  |
| Proveedor de atención obstétrica-ginecológica/prenatal |  |  |  |  |  |  |
| Asesor/terapeuta |  |  |  |  |  |  |
| Trabajador social |  |  |  |  |  |  |
| Psiquiatra/profesional que receta |  |  |  |  |  |  |
| Proveedor de tratamiento asistido con medicamentos |  |  |  |  |  |  |
| Pediatra del niño |  |  |  |  |  |  |
| Proveedor de tratamiento por consumo de sustancias |  |  |  |  |  |  |
| Oficial de libertad condicional |  |  |  |  |  |  |
| Trabajador de casos del DCF |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**III. ¿Qué otros servicios de apoyo está recibiendo o desea recibir?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de apoyo** | **Recibiendo actualmente** | **Fecha de inicio de los servicios** | **Nombre y teléfono de la agencia de proveedores** | **Servicios que desea recibir** | **Fecha de referido** **(si lo hay)** |
| *Tratamiento y apoyo contra el consumo de sustancias y de salud mental* | | | | | |
| Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Recuperación de pares o apoyo de 12 pasos | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Tratamiento de salud mental/servicios del DMH | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Tratamiento por consumo de sustancias/adicción | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Asesor de recuperación | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Centro de apoyo para la recuperación | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Apoyo por discapacidad o de MassRehab | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Servicios de control de la ira | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| *Beneficios y apoyos públicos* | | | | | |
| Asistencia alimentaria para mujeres, bebés y niños (WIC) | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Asistencia de transporte | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o asistencia financiera | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Preparación laboral o apoyo educativo | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Asistencia para el cuidado de niños | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Asistencia en vivienda | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Asistencia legal | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Asistencia para el pago de servicios públicos | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| *Información o apoyos de bienestar o salud* | | | | | |
| Doula/apoyo para el parto | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Apoyo para dejar de fumar/consumir tabaco | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Acondicionamiento físico, nutrición o asesoramiento de salud | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Planificación familiar/salud sexual | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| *Apoyos comunitarios o sociales* | | | | | |
| Apoyo espiritual o cultural | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Grupos de apoyo para padres | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Visitante a domicilio (Early Head Start, Healthy Families, Parents as Teachers, etc.) | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Programa de intervención temprana (EI) o EIPP | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Apoyo por relaciones violentas | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Apoyo para salir del trabajo o explotación sexual | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
| Apoyo para salir de pandillas o vida en la calle | Sí  No |  |  | Sí  No |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de apoyo** | **Recibiendo actualmente** | **Fecha de inicio de los servicios** | **Nombre y teléfono de la agencia de proveedores** | **Servicios que desea recibir** | **Fecha de referido (si lo hay)** |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |
|  | Sí  No |  |  | Sí  No |  |

Fecha: \_ \_ / \_ \_/ \_ \_ \_ \_

**IV. Plan de apoyo: Madre**

**Cosas que debe hacer:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Ir a las citas médicas prenatales y posparto |  Hacer un recorrido por el hospital si está embarazada y conocer a los médicos y enfermeros |
|  Establecer un entorno seguro para vivir para usted y su bebé, sin el consumo de drogas/alcohol y sin la presencia de humo de tabaco o marihuana (¡lo que incluye vaporizadores!) |  Establecer un lugar seguro para dormir (cuna SIN protectores acolchonados, sin mantas ni juguetes; solo un colchón firme con una sábana ajustada) |
|  Planificar cómo recibirá apoyo después del parto, incluyendo niñera, apoyo de recuperación, transporte, etc. |  Planificar una cita pediátrica para su bebé |
|  Preguntarle a su médico sobre la planificación familiar o la prevención de embarazos |  Encontrar grupos de apoyo para padres, reuniones de 12 pasos para ir con niños o grupos de madres e hijos en su área |
|  Obtener un referido de intervención temprana y servicios de visita al hogar |  Recibir respuesta a **TODAS** sus preguntas (sobre cómo compartir la habitación con su bebé, la lactancia materna, el proceso del DCF; ¡todo!) ¡Continúe preguntando! |
| 🞏 | 🞏 |
| 🞏 | 🞏 |

**Cosas que debe traer al hospital para el parto, para el DCF:**

|  |  |
| --- | --- |
| Registro de visitas de atención prenatal. | Registros de su tratamiento para la adicción (incluyendo las pruebas de detección de drogas) |
| Planes de prevención de recaída y de seguridad | Cartas de consentimiento firmadas que permiten al DCF hablar con sus proveedores de tratamiento |
| Registro escrito del trabajo que realizó para prepararse para la crianza (las clases que tomó, los grupos a los que asistió, etc.) | Copia de ESTE plan de apoyo familiar o algo similar (su ***Plan de cuidados seguros***). |
| 🞏 | 🞏 |
| 🞏 | 🞏 |

**¡Manténgase en contacto con sus proveedores de tratamiento y su comunidad de recuperación!**

**Pida ayuda. Todos los padres necesitan ayuda al tener un hijo.**

**Hay mucha ayuda y apoyo disponible para usted, incluso cuando usted piensa que no.**

**V. Plan de apoyo: Hijo/a**

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_ Arreglos de vivienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pediatra del niño (Nombre/Clínica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo permaneció el bebé en el hospital después del parto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnósticos médicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos (con dosis y fecha en que se recetaron): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las **visitas de comprobación del niño sano** son reuniones con el pediatra de su hijo. El médico se asegurará que su hijo esté saludable y creciendo. También le hablará sobre la nutrición y las vacunas. Es importante asistir a todas las citas médicas de su hijo porque su hijo está creciendo rápido y es importante asegurarse de que lo está haciendo de forma saludable.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Calendario de visitas del niño sano** | **Fecha** | **Nombre del proveedor** | **Notas** |
| **2-5 días después del alta del hospital** |  |  |  |
| **1 mes de edad** |  |  |  |
| **2 meses de edad** |  |  |  |
| **4 meses de edad** |  |  |  |
| **6 meses de edad** |  |  |  |
| **9 meses de edad** |  |  |  |
| **12 meses de edad** |  |  |  |

**Vacunas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Pedir referidos a:**

La **intervención temprana** es un programa de visita al hogar voluntario para bebés y niños pequeños que proporciona servicios centrados en la familia para apoyar la crianza y el desarrollo de su hijo. Puede preguntar a su hospital, el médico de su hijo o un trabajador social para obtener un referido a intervención temprana. También puede llamar directamente a la oficina de intervención temprana. Para obtener más información sobre la intervención temprana, llame al Directorio Central al 1-800-905-8437, o visite [www.massfamilyties.org](http://www.massfamilyties.org/) para ver una lista de los programas de intervención temprana que hay cerca de su ciudad o localidad.

Los **servicios de visitas al hogar** están disponibles en todo el estado, ofreciendo diferentes programas en diferentes áreas. Pregúntele a su proveedor qué hay disponible en su área o visite el sitio web de visitas al hogar: https://[www.mass.gov/prenatal-and-early-childhood-home-](http://www.mass.gov/prenatal-and-early-childhood-home-)visiting

Fecha: \_ \_ / \_ \_/ \_ \_ \_ \_

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** autorizo a

(Nombre del paciente)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Nombre o designación general del programa por consumo de drogas/alcohol que divulga la información)

a divulgar a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Nombre de la persona u organización que debe recibir la información)

la siguiente información:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Naturaleza y cantidad de información a ser divulgada, sea lo más breve posible)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El propósito de la divulgación autorizada en este consentimiento es:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Propósito de la divulgación, sea lo más específico posible)

Comprendo que mis registros de tratamiento de alcoholismo o drogadicción están protegidos bajo las reglamentaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes Alcohólicos o Drogadictos, parte 2 de 42 C.F.R. y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act,* HIPAA por sus siglas en inglés),45 C.F.R. Pts. 160 y 164, y no se podrán divulgar sin mi consentimiento escrito, a menos que se especifique lo contrario en las reglamentaciones. También comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida que se haya tomado alguna acción en su función, y que en todo caso este consentimiento vence automáticamente de la siguiente forma:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Especificación de la fecha, el evento o la condición por la cual vence este consentimiento)

Comprendo que se me pueden negar los servicios si me rehúso a dar mi consentimiento con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal así lo permite. No se me negarán los servicios si me rehúso a dar mi consentimiento para la divulgación con otros fines.

He recibido una copia de este formulario. Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente Firma de la persona que firma el formulario si no es el paciente

Describa la autoridad para firmar en representación del paciente **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**