



Consentimiento de los Servicios de Apoyo y Protección Familiar

Como nuestro cliente, usted tiene los derechos y responsabilidades que se encuentran en el folleto de Derechos y Responsabilidades de Children's Wisconsin ("CW"). Esto incluye el derecho a presentar una queja.

También tiene estos derechos:

- Recibir derivaciones a otros proveedores de servicios. Necesitaremos su consentimiento por escrito.
- Revisar su propio expediente, a menos que la ley no lo permita. Pedirle ver su expediente a su proveedor de servicios. Su proveedor de servicios seguirá las reglas de CW para mostrarle su expediente.
- Recibir los servicios prestados y supervisados por un profesional cualificado.
- Rechazar servicios. En la mayoría de los casos, les informaremos a los clientes de 14 años o mayores, y al padre o tutor de un menor, de su derecho a rechazar los servicios. Explicaremos los riesgos de rechazar los servicios. Si es menor de edad, podemos explicárselo a su padre o tutor.
- El padre o tutor debe dar su consentimiento antes de que los menores puedan recibir servicios. Los menores pueden recibir una sesión de servicio para que podamos evaluar el riesgo y la necesidad. Luego pediremos el consentimiento de los padres o tutores para los servicios en curso. Si el cliente principal es el hijo de un menor, solicitaremos el consentimiento de los padres del menor. Esto no es necesario para atender al hijo del menor.
- Que se le informe en la primera reunión, cuáles son nuestros horarios de servicio y cómo obtener ayuda fuera del horario de oficina.
- Que le digan lo que puede esperar de los servicios que prestamos.
- Que le informen las reglas, lo que esperamos de usted y otras razones para negarle los servicios o la finalización de los mismos.

CW protege la privacidad de su información y el intercambio de esa información con otros. Esto está en el Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de CW.

- CW sigue las leyes y regulaciones aplicables con respecto a la confidencialidad de su información. Tiene derecho a la privacidad de su expediente e información.
- Cualquier detalle de los servicios que haya recibido puede compartirse con usted y con quien haya dado su consentimiento para recibirlos. Se puede compartir con otros, solo cuando la ley lo permita.
- Podemos usar su información personal y compartirla con ciertas personas, autoridades y agencias, según lo permita la ley federal o estatal.
- Podrá ser compartida por los siguientes motivos y en las siguientes condiciones:

Visita domiciliaria de Family Foundations: *Podemos usar y compartir su información, que incluye información de identificación, con partes del proceso de presentación de informes, como:*

- *Proceso de presentación de informes estatal y federal*
- *Evaluación del programa*

- *Mejora continua de la calidad.*

Si un estudio de investigación cuenta con la aprobación de la junta de revisión institucional (IRB, por sus siglas en inglés), los investigadores acuerdan no compartir información que permita su identificación, excepto según lo permita la ley. La junta de revisión institucional es un comité que aprueba, supervisa y revisa la investigación para proteger sus derechos y bienestar.

Para participar en los Servicios de Apoyo y Protección Familiar de Children's Wisconsin, acepto:

- Mantener las citas con el personal de CW o cancelarlas con al menos 24 horas de antelación.
- Proporcionar información útil y veraz a mi proveedor de servicios. Esto nos ayudará a crear un plan de servicio.
- Participar en la toma de decisiones sobre los servicios para mi familia.
- **Ser una parte activa de la toma de decisiones sobre los servicios para mi familia. Buscaré formas de seguir participando.**
- **Ser un socio de mi proveedor de servicios. Trabajaremos juntos para resolver problemas y planificar en nombre de mi familia.**
- **Que cualquier servicio sugerido es en el mejor interés de mi familia. Puedo optar por aceptarlo o no.**
- **Que he recibido copias de los folletos de Derechos y Responsabilidades y del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de CW.**

He revisado y hablado sobre el contenido de este documento con mi proveedor de servicios. Entiendo mis derechos y responsabilidades como cliente de los Servicios de Apoyo y Protección Familiar de Children's Wisconsin. Al firmar este formulario, autorizo los servicios y acepto los términos enumerados anteriormente.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
_____	_____	_____
Firma del padre o tutor (si es necesario)	Relación con el participante	Fecha
_____	_____	
Firma del proveedor de servicios	Fecha	