



DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL DE LA FLORIDA
 ("FLORIDA DEPARTMENT OF JUVENILE JUSTICE - DJJ")

**AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
 (AUTHORITY FOR EVALUATION AND TREATMENT - AET)**

NOMBRE DEL (LA) JOVEN: _____

DJJID #: _____ **MEDICAID #:** _____

(IDENTIFICACIÓN DEL DJJ)

(SEGÚN CORRESPONDA)

Yo, _____, EL PADRE O LA MADRE DE _____

o Yo, _____, EN CALIDAD DE TUTOR DE _____

("MI HIJO(A)") NOMBRO POR EL PRESENTE AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL O SU AGENTE AUTORIZADO (EN SU CONJUNTO, "EL DEPARTAMENTO"), MI REPRESENTANTE PARA LOS FINES QUE SE ESTABLECEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO. AUTORIZO AL DEPARTAMENTO A TOMAR DECISIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE RUTINA DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE MI HIJO(A), SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PRESENTE DOCUMENTO. ENTIENDO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE ÚNICAMENTE HASTA QUE MI HIJO(A) CUMPLA LOS 18 AÑOS DE EDAD. A PARTIR DE ESE MOMENTO, MI HIJO(A) CONSENTIRÁ POR SÍ MISMO(A) A SU TRATAMIENTO.

HABRÁ QUE PRESENTAR UNA CARTA DEL TUTOR ESTABLECIENDO SU CONDICIÓN DE TUTOR DEL (DE LA) JOVEN

ESTADO: _____ CONDADO: _____ FECHA: _____

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ESTÁ LIMITADA POR MÍ SEGÚN SIGUE:

CALIDAD DE TRATAMIENTO

- A) Mi hijo(a) será examinado y tratado clínicamente por personas con las calificaciones necesarias para llevar a cabo dichos exámenes y proporcionar dicho tratamiento, a excepción de circunstancias definidas según se establece en el presente.
- B) Todo tratamiento autorizado por el Departamento debe ser recomendado por una persona con licencia en el estado de la Florida a quien la ley de la Florida permita hacer dicha recomendación.
- C) Todo tratamiento autorizado por el Departamento deberá ser recomendado según las normas de salud clínica o mental de la comunidad en la cual se ha de llevar a cabo el tratamiento.

EL DEPARTAMENTO PODRÁ AUTORIZAR LO QUE SIGUE EN MI NOMBRE:

LO QUE ESTÁ CUBIERTO POR LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

1. Exámenes físicos de mi hijo(a), llevados a cabo según las normas médicas usualmente aceptadas de la comunidad. Dichos exámenes podrán incluir:
 - a) Determinar si mi hijo(a) sufre de una afección o enfermedad o tiene problemas que requieran tratamiento médico mientras se encuentre bajo la custodia física del Departamento.
 - b) Obtener de mi hijo(a) un historial completo de su salud médica y mental, inclusive información relacionada a enfermedades en el pasado, hospitalizaciones, etc.
 - c) Análisis para determinar la presencia de abuso de drogas y/o bebidas alcohólicas.
 - d) Análisis de sangre, orina, tuberculosis y otras pruebas de laboratorio que puedan formar parte de un examen físico completo.
 - e) Examinar a mi hijo(a) para determinar la presencia de problemas dentales y proporcionar atención y tratamiento dental de emergencia.
 - f) Evaluar la vista y audición de mi hijo(a).
 - g) Examen ginecológico.
2. Otorgar permisos a un proveedor de atención de la salud, con licencia, para que disponga de pruebas adicionales de mi hijo(a), según se haya determinado que sean necesarias como resultado del examen físico realizado.
3. Obtener tratamiento médico y clínico necesario para toda afección o enfermedad que mi hijo(a) tenga actualmente o que se presente mientras se encuentre en la instalación o programa del Departamento.



DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL DE LA FLORIDA
("FLORIDA DEPARTMENT OF JUVENILE JUSTICE - DJJ")

4. Con respecto a la salud mental o afecciones emotivas que tenga actualmente mi hijo(a) o que se presente mientras se encuentre bajo la custodia de una instalación del Departamento, el Departamento podrá disponer, poner a disposición y facilitar evaluaciones de la salud mental y tratamiento por parte de proveedores de atención de la salud mental con licencia o instalaciones para la salud mental, inclusive evaluación para diagnóstico, pruebas psicológicas y terapia y/o asesoramiento individual, de grupo y de familia, a excepción de lo que se disponga al contrario en la presente sección. La presente sección no se interpretará como que autoriza mi consentimiento para que se admita a mi hijo(a) a una institución residencial con licencia según el Capítulo 393 de los Estatutos de la Florida (Discapacidades de desarrollo) ni según el Capítulo 394 de los Estatutos de la Florida (Salud mental), pero reconoce que se lo encomiende según el Capítulo 985 de los Estatutos de la Florida. Si se recomienda la hospitalización en una institución para la salud mental, se me notificará por adelantado y tendré la oportunidad de objetar si lo deseo.
5. Obtener medicamentos por receta que hayan sido recetados para mi hijo(a). Si se recomienda o administra un nuevo medicamento por receta para mi hijo(a), o si se ordena que se interrumpa la administración de un medicamento que mi hijo(a) esté tomando actualmente, o si hay un cambio significativo en la dosis que mi hijo(a) estaba/está tomando, se intentará comunicarse conmigo por teléfono antes de efectuar dichos cambios, a menos que se considere necesario comenzar la administración del medicamento en forma inmediata. Se me enviarán avisos de los cambios de medicamentos a la dirección que indiqué en el presente documento. Entiendo que si cambia mi domicilio o mi dirección postal, deberé contactar al Oficial de Libertad Condicional Juvenil (Probatoria) y a la instalación donde mi hijo se encuentra detenido o internado, para notificarles dicho cambio de dirección.
6. Entiendo que podré objetar los cambios de medicamentos llamando por teléfono a la institución y hablando con la persona cuyo nombre aparece en el aviso. Asimismo entiendo que debo objetar también por escrito a la institución cuyo nombre aparece en el aviso que se me enviará.
7. Con respecto a los medicamentos por receta para tratar problemas de carácter mental o emocional que se ordenen o se cambien, entiendo que se intentará razonablemente contactarme verbalmente o por teléfono antes de efectuar dichos cambios, para explicarme los medicamentos; asimismo, se me enviará un aviso detallado sobre dichos medicamentos. Entiendo que deberé firmar un formulario otorgando mi permiso y enviarlo por correo a la institución.
8. Con respecto a vacunas/inmunizaciones, es posible que el Departamento disponga la administración de vacunas estándar, como por ejemplo las vacunas contra el tétano, sarampión, polio y hepatitis B, si mi hijo(a) no ha sido vacunado, y/o si hace falta una actualización, y/o si son requisito para asistir a la escuela en la Florida, y si se me ha proporcionado la información necesaria sobre dichas inmunizaciones y yo otorgué el consentimiento necesario por escrito. Es posible que el Departamento autorice y administre vacunas contra la gripe (flu), esto recomendado por un proveedor de atención de salud con licencia, si se me proporcionó la información necesaria sobre la inmunización y yo otorgué el consentimiento por escrito. Si me proporcionaron las Hojas de Información sobre Vacunas, en el momento del presente Consentimiento, este formulario representará mi permiso para la administración de las vacunas. De otra manera, se me informará antes de la administración de dichas vacunas y se solicitará mi permiso antes de vacunar a mi hijo.
9. Entiendo que es posible (según la instalación DJJ) que personal capacitado/calificado pero no profesional de atención médica, asista a mi hijo(a) en la auto-administración de medicamentos de rutina; dicho personal proporcionará estos medicamentos según procedimientos aprobados por el médico que supervisa el programa y/o que atiende a los jóvenes.
10. Autorizo al personal con licencia para atención médica y al personal capacitado/calificado pero no profesional de atención médica para que proporcionen Acetaminophen (Tylenol), Ibuprophen (Motrin), medicamentos contra la indigestión (por ej. Pepto Bismol), antiácidos (por ej., Leche de magnesio, Maalox), Ungüento de triple antibióticos y Diphenhydramine (por ej. Benadryl) para atender reacciones alérgicas únicamente. Entiendo que todos dichos medicamentos se administrarán a mi hijo(a) para atender malestares físicos de carácter menor según la dosis recomendada por el fabricante. Entiendo que, para malestares de carácter menor, que no se alivien mediante estos medicamentos expedidos sin receta, mi hijo(a) será evaluado desde el punto de vista médico. Entiendo que todo otro medicamento de expendio sin receta será administrado con la aprobación de un médico.
11. **ACCESO A ANTECEDENTES.** *El Departamento contará con el acceso a todos los antecedentes de cualquier naturaleza relacionados con la salud mental y física de mi hijo(a), en igual medida que mi propio acceso a los mismos. Entiendo que es posible que múltiples proveedores de atención médica atiendan a mi hijo(a), inclusive aquellos que lo revisen dentro de la institución y aquellos a cuyo consultorio se lleve mi hijo(a) para tratamiento. Para ese fin, ordeno que todos y cada uno de los proveedores de atención médica, tanto mental como física, proporcionen al Departamento, a su solicitud o a la solicitud de sus agentes autorizados, todos los expedientes médicos a los cuales yo tendría el derecho de recibir. Dichos expedientes médicos incluirán sin limitaciones los antecedentes relacionados con todas y cada una de las evaluaciones y/o tratamientos impartidos a mi hijo(a) y todas y cada una de las recetas ordenadas para mi hijo(a). Estos expedientes médicos incluirán también toda evaluación y/o tratamiento impartido a mi hijo(a) en el futuro mientras mi hijo(a) permanezca en la custodia del Departamento. **Es mi intención que el presente documento represente mi consentimiento y autorización para que se le entregue copia de dichos expedientes médicos al Departamento y/o a sus agentes autorizados.***



DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL DE LA FLORIDA
("FLORIDA DEPARTMENT OF JUVENILE JUSTICE - DJJ")

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO POR LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

1. Entiendo que la presente Autorización corresponde únicamente mientras mi hijo(a) permanezca las 24 horas del día en una institución administrada o supervisada por el Departamento. En cualquier otra circunstancia, yo soy responsable por la atención de salud de mi hijo(a). Si mi hijo(a) se encuentra en un programa institucional que no incluye residencia, administrado o supervisado por el Departamento, el presente otorga al Departamento la autorización para (a) administrar medicamentos por receta que yo traiga al programa, y (b) proporcionar tratamientos de emergencia. Entiendo que, bajo cualquier otra circunstancia, yo soy responsable por la atención de salud de mi hijo(a).
2. Entiendo que no puedo elegir el médico u otro proveedor de salud que trate a mi hijo(a). El Departamento tiene el derecho de elegir el proveedor de salud, siempre y cuando dicha persona esté debidamente certificada por el estado de la Florida. No obstante, en determinados casos puedo solicitar al Departamento que use el proveedor que usualmente da atención a mi hijo(a), especialmente si ello conviene a la institución y el proveedor está de acuerdo.
3. Tengo el derecho de negarme a firmar el presente documento. Puedo limitar el alcance del presente documento informando por escrito al Departamento acerca de los procedimientos específicos que no autorizare. Además, tengo el derecho de retirar en cualquier momento el permiso que otorgué en el presente documento, en parte o en su totalidad, llamando por teléfono o escribiendo a la institución donde se encuentra mi hijo(a) o a la persona que proporciona la atención.
4. Entiendo que si me niego a firmar el presente documento o si retiro el permiso que el mismo otorga, el Departamento tiene el derecho de solicitar una orden judicial para otorgar al Departamento el permiso de proporcionar tratamiento. Tendré la oportunidad de presentar mis preocupaciones ante el juez antes de que el mismo falle sobre la atención de salud para mi hijo(a).
5. El Departamento me informará sobre la condición de la salud física y mental de mi hijo(a) cuando corresponda. Se me enviarán avisos a la dirección que indiqué en el presente documento. Tengo la responsabilidad de reportar al Departamento todo cambio de dirección.
6. Entiendo que si mi hijo(a) necesita tratamiento por abuso de sustancias, mi hijo(a) deberá proporcionar su consentimiento al tratamiento por abuso de sustancias; mi firma al pie del presente documento no proporciona autorización para dicho tratamiento.

ATESTACIONES

Declaro que leí el presente documento y entiendo sus términos. Todas mis preguntas relacionadas con los poderes que acabo de otorgar al Departamento en el presente documento me fueron respondidas satisfactoriamente. Nadie me amenazó de manera alguna para obligarme a firmar el presente documento.

INICIALES

Consiento a las vacunas necesarias.

Recibí la(s) siguiente(s) Hoja(s) de Información sobre Vacunas:

_____ (enumérelas aquí)

Me niego a la administración de Vacunas por motivos religiosos. Entiendo que ahora deberé llenar el formulario de "Exención de inmunizaciones por motivo religioso" ("The Religious Exemption From Immunization Form") (en el Departamento de Salud del condado), solicitar que lo firme su Administrador y presentar una copia al Departamento de Justicia Juvenil.

Me niego a la administración de Vacunas por motivos de carácter médico. Entiendo que ahora deberé presentar al Departamento una declaración del Médico indicando por qué se contraindica la administración de las vacunas.

Me niego a firmar el formulario de Autorización para evaluación y tratamiento.

Motivo: _____



DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL DE LA FLORIDA
("FLORIDA DEPARTMENT OF JUVENILE JUSTICE - DJJ")

FECHADO EN ESTE _____ DÍA DEL MES _____ DE 20____.

TESTIGOS: REPRESENTANTE DEL DJJ (FIRMA)

PADRE, MADRE O TUTOR (FIRMA)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL DJJ (EN LETRA DE IMPRENTA O DE MOLDE)

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA O DE MOLDE)

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ (PARTICULAR)

TELÉFONO: _____ (CELULAR)

TELÉFONO: _____ (EN EL TRABAJO)