

Chino Valley Unified School District Centros de Recursos Familiares HOPE Póliza de Confidencialidad y Restricciones



El Centro de Recursos Familiares HOPE mantiene una póliza de respeto al derecho de la privacidad y confidencialidad de las familias. En un esfuerzo para lograr esto, los archivos de los clientes se mantienen guardados bajo llave y solo se comparte información necesaria con el personal apropiado y profesionales autorizados.

Usamos información confidencial para evaluar las necesidades que usted, sus hijos u otros miembros de su familia puedan tener y para colaborar con otras agencias a beneficio de usted con las que usted nos autoriza compartir su información.

Las leyes de California obligan a todo nuestro personal a compartir información acerca de usted o de sus hijos sin su consentimiento bajo las siguientes circunstancias:

- Si tenemos cualquier motivo para creer que cualquier menor, anciano, o adulto ha sido maltratado o desatendido, se nos requiere por ley, reportar la sospecha del maltrato al Departamento de Servicios Sociales de Protección Infantil o Servicios de Protección para Adultos.
- Si determinamos que usted representa un peligro para sí mismo o para otros, nuestro personal tiene la responsabilidad legal de romper su confidencialidad para garantizar la seguridad de los individuos en riesgo, incluyendo a usted mismo. Para apoyar mejor a mi estudiante, entiendo que sus calificaciones y asistencia serán revisadas _____ Iniciales periódicamente durante este año escolar. Dados los recientes desarrollos de COVID-19 en el Condado de San Bernardino, doy consentimiento a obtener servicios a través de telecomunicaciones. Comprendo que "telecomunicación" incluye el uso de comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Comprendo que telecomunicación también implica compartir mi información personal tanto oral como visualmente con el Centro de Recursos de HOPE. Por este medio autorizo el intercambio de información pertinente entre el personal de CVUSD, cualquier agencia y la administradora de casos del programa. Mi firma indica que he leído, comprendido y estoy de acuerdo en cumplir con la Póliza de Confidencialidad y Restricciones y he recibido una copia de este documento. Una copia fotostática es tan válida como el original. Firma: __ Fecha: __ Cliente/Padre Nombre en Letra Imprenta ☐ Al marcar esta caja, yo como Trabajador/a de Casos certifico que el cliente mencionada/ o recibio una copia de esta Polizia y sus terminos, y dio su permiso verbal a pesar de no

Nota: La siguiente información es para propósitos de coordinación de servicios y evaluación de programas y se mantendrá en forma confidencial.

Revised 3/17/20

Fecha: _____

poder dar su firma electronica.

Encargado de Casos

Firma: _