

Aviso a los padres para los servicios de salud

Su hijo ha sido puesto bajo la custodia legal de la División de Justicia Juvenil y Servicios para la Juventud de Utah (JJYS) debido a un arresto, una orden de detención o una orden judicial. Mientras su hijo esté bajo la custodia de la JJYS, esta tiene la obligación legal de organizar y proporcionar servicios de atención médica y administración de medicamentos para su hijo. Este documento resume y le informa de los derechos y responsabilidades tanto de la JJYS como de usted, como padre o tutor.

Autoridad legal y aviso

La ley de Utah exige que la JJYS se encargue del cuidado y la custodia de su hijo, lo que incluye proporcionarle atención médica. La JJYS tomará la mayoría de las decisiones médicas para su hijo; esto incluye las decisiones sobre la atención médica "ordinaria". La JJYS también tiene derecho, en caso de emergencia, a autorizar una intervención quirúrgica u otra atención médica extraordinaria.

La JJYS hará todos los esfuerzos razonables para informarle, como padre o tutor, de los registros y procedimientos médicos, psicológicos y dentales actualizados. En caso de emergencia, la JJYS hará todos los intentos razonables para ponerse en contacto con usted. Sin embargo, la JJYS se reserva el derecho de tomar decisiones médicas de emergencia en nombre de su hijo.

Como padre o tutor legal, tiene derecho a dar su consentimiento para un tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico **importante**. También tiene derecho a revocar el consentimiento para un tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico importante en cualquier momento, como se describe a continuación.

Servicios prestados

Todos los jóvenes bajo la custodia de la JJYS tienen derecho a recibir una evaluación de enfermería dentro de las 48 horas siguientes a su ingreso. Es posible que se requiera atención médica adicional sobre la base de una evaluación y un diagnóstico iniciales. Se proporcionará el tratamiento adecuado si se considera necesario por el personal sanitario contratado o empleado por la JJYS para proporcionar estos servicios. Los servicios de atención sanitaria varían según el centro y la duración de la estancia del joven en el mismo. Los servicios pueden incluir:

- Atención odontológica para caries y otros problemas tratables (no se proporciona atención ortodóntica).
- Cuidado de la vista para gafas.
- Atención médica para enfermedades agudas y crónicas, como asma, acné, hipertensión, diabetes, lesiones leves, dolores de cabeza, de estómago, gripe, tos, resfriado y muchas otras.
- Atención de salud conductual para evaluación o atención de trastornos emocionales, conductuales o alimentarios; psicosis, autolesiones, comportamientos suicidas o de riesgo, falta de atención, deficiencias neuropsicológicas.

Confidencialidad de los registros e información

Durante la estancia de su hijo, la JJYS reunirá y recibirá información privada y confidencial relacionada con el cuidado, la custodia y el tratamiento médico de su hijo. Esta información está protegida por varias leyes de privacidad. **La JJYS se compromete a mantener la confidencialidad y la privacidad de acuerdo con las normas, políticas y leyes aplicables.** Por favor, consulte el Aviso de Privacidad de la JJYS para obtener información adicional. Los registros y documentos producidos por la JJYS o sus proveedores contratados son propiedad de la JJYS. Usted puede solicitar, en nombre de su hijo, servicios médicos, dentales y otros registros según lo dispuesto por la ley o puede solicitar que estos documentos sean compartidos con proveedores ajenos a la JJYS. Se le proporcionará información general sobre el tratamiento de su hijo. Cierta información que su hijo revela puede no ser compartida con usted si dicha revelación pudiera poner a su hijo en riesgo o en peligro inmediato de daño.

Entiendo que todas las discusiones y registros son confidenciales en la medida permitida por la ley. La información sobre el tratamiento de mi hijo y las conversaciones con el personal de la JJYS no se compartirán con otras personas ajenas a la relación de atención sin mi consentimiento, excepto cuando lo exija o lo permita la ley. El proveedor de atención médica de mi hijo puede obtener información confidencial y proporcionar consultas confidenciales y supervisión según sea necesario mientras mi hijo esté bajo la custodia de la JJYS. Hay algunas situaciones en las que la ley permite o exige que la JJYS divulgue información sobre la atención médica sin consentimiento; entre ellas, las siguientes:

1. La información puede ser revelada a otras personas empleadas por la JJYS o contratadas por la JJYS cuando y en la medida necesaria para facilitar la prestación de servicios profesionales a su hijo.
2. En caso de emergencia, la información sanitaria puede ser revelada a determinadas personas si el clínico considera que dicha revelación es necesaria para iniciar o buscar la hospitalización de emergencia del niño.
3. La información puede ser revelada para cumplir con las leyes relativas a la denuncia de abusos sexuales y negligencia o explotación de otra persona.
4. La información puede ser revelada para cumplir con las leyes relativas al deber de advertir sobre la denuncia de una intención o plan de dañar o matar a alguien o si su hijo está en peligro inminente de dañarse a sí mismo.

Medicamentos

Durante el tratamiento, entiendo que el proveedor puede prescribir medicamentos para mi hijo. Entiendo que, como se ha comentado anteriormente, los medicamentos prescritos durante la atención ordinaria no requieren mi consentimiento. Sin embargo, tengo derecho a ser informado de las prescripciones, dosis y planes de medicación. Tengo derecho a ser informado de cualquier cambio en la medicación. La JJYS hará todos los esfuerzos razonables para informarme de los planes de medicación y de las alteraciones de dichos planes.

Continuidad de la atención

El tratamiento sanitario consiste en servicios de diagnóstico y gestión de la medicación. Muchas de las rutinas de tratamiento que se inician mientras un joven está bajo la custodia de la JJYS deben continuar al ser dado de alta. Esto puede incluir la atención de problemas

crónicos, incluyendo, entre otros: hipertensión, diabetes y trastornos de la salud del comportamiento como la ansiedad y la depresión. Se recomienda que busque un tratamiento continuo cuando su hijo ya no esté bajo el cuidado y la custodia de la JJYS.

Agradecimiento

- He leído esta descripción de los servicios y comprendo y acepto las políticas establecidas.
- Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Privacidad de la JJYS.
- Entiendo que tengo la oportunidad de analizar mis preguntas con respecto al tratamiento de atención médica de mi hijo con la JJYS.
- Entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados al tratamiento.
- Tengo derecho a participar en las decisiones sobre el tratamiento que recibirá mi hijo.
- Entiendo que antes de un tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico importante, la JJYS se pondrá en contacto conmigo para obtener el consentimiento oral.
- En caso de emergencia, entiendo que la JJYS tiene la autoridad para consentir el tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico mayor de mi hijo.
- Tengo derecho a rechazar los principales servicios de tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico y a revocar el consentimiento para dicho tratamiento en cualquier momento. La revocación del consentimiento para un tratamiento importante debe hacerse por escrito y entregarse al administrador del caso de mi hijo o al supervisor del centro.
- Entiendo las políticas que rodean el tratamiento de la atención médica de mi hijo según lo dispuesto por la División de Servicios de Justicia Juvenil y todo el personal y las entidades de atención médica contratadas.
- Comprendo mis derechos y responsabilidades en virtud de la ley y de lo descrito en este documento.

Al firmar con mi nombre a continuación, reconozco que he leído este documento y he recibido una copia del Aviso de Privacidad de la JJYS. También reconozco que comprendo la política de tratamiento sanitario descrita.

Nombre en letra imprenta del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Nombre en letra imprenta del testigo de la JJYS: _____

Firma del testigo de la JJYS: _____

Fecha: _____