

Consent to share information

Consentimiento para compartir información

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Propósito: Para registrar el consentimiento informado del usuario, otorgado voluntariamente, con el propósito de compartir información con una organización (es) específica (s) con un fin específico.

Consumer

Usuario

Name:

Nombre:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa / /

Sex:

Sexo:

UR Number:

Número de identificación:

or affix label here
o coloque la etiqueta aquí

Section 1: Personal/health information to be shared

Sección 1: Información personal/sanitaria a ser compartida

Service Type Tipo de servicio Examples: – Physiotherapy – counseling Ejemplos: – Fisioterapia – Apoyo psicológico	Name of Agency Nombre de la organización Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Ejemplos: – Centro Comunitario de Salud de Strawberry – Municipio de la Ciudad de Blueberry	Type of Information Tipo de información Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Ejemplos: – Toda la información pertinente – Las excepciones indicadas por el usuario	Purpose/s Objetivo(s) Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Ejemplos: – Derivación – Planificación de atención/caso compartido – Informar a servicios que participan en la atención al usuario

Section 2: Record of consent

Sección 2: Registro de consentimiento

Written consumer consent

Registro del consentimiento del usuario

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.

El trabajador/profesional que me atiende me ha explicado cómo y por qué es necesario pasar cierta información privada a otros proveedores de servicios, como se indica anteriormente. Entiendo esto y otorgo mi consentimiento para que se comparta mi información.

Signed: _____

Firmado: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

or

o

Verbal consumer consent

Consentimiento verbal del usuario

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

He discutido con el usuario cómo y porqué es posible que cierta información se comparta con otros proveedores de servicios. Estoy satisfecho de que esto ha sido comprendido y que se ha dado el consentimiento informado para compartir información según lo arriba indicado.

or

o

Consumer does not have the capacity to provide consent

El usuario no tiene la capacidad para otorgar su consentimiento

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(es decir, el usuario no comprende el carácter de lo que se está consintiendo, o sus consecuencias)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

Consentimiento otorgado por el representante autorizado _____

(nombre del representante autorizado)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

No existe representante autorizante o no se le puede contactar; por consiguiente, la información será compartida como se indica en la Ley de Registros Sanitarios de 2001* (Health Records Act 2001)

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

** Si no es práctico obtener el consentimiento del representante autorizado o el usuario no cuenta con un representante autorizado, igual se podrá compartir la información sanitaria bajo las circunstancias indicadas en la Ley de Registros Sanitarios de 2001. Esto incluye cuando la divulgación de información lo realiza un proveedor de servicios sanitarios y es razonablemente necesaria para permitir la provisión de un servicio sanitario o cuando lo requiere la legislación.*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

Para asegurar que el usuario o su representante autorizado pueda tomar una decisión informada sobre el consentimiento para compartir información tal como se detalla arriba, el trabajador/profesional debe (marcar con un [V] al completarlo):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Hablar con el usuario sobre la derivación propuesta a otros servicios/organizaciones
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. Explicar que la información del usuario se compartirá con esos servicios/agencias solamente si el usuario lo acepta, e informar que la derivación a esos servicios puede realizarse incluso si el usuario no quiere que se divulgue su información
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Darle al usuario información sobre la privacidad, tal como el folleto "Su información es privada"
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Otorgarle al usuario una copia de este formulario una vez completado el mismo.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Producido por el Departamento de Salud de Victoria, 2012

Consent obtained/witnessed by:

Consentimiento obtenido/evidenciado por:

Name:

Nombre:

Sign:

Firma:

Position/Agency:

Cargo/Agencia:

Date: dd/mm/yyyy / /

Fecha: dd/mm/aaaa / /

CSI Page 1 of 1

CSI Página 1 de 1

Contact number:

Número de contacto: