



CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Número de identificación del incidente

Código de cliente

CONFIDENCIAL Consentimiento para compartir Información¹

Este formulario debe ser leído a la persona sobreviviente o a su tutor(a) en su idioma nativo. Debe explicarse claramente a la persona sobreviviente que ella o él puede elegir cualquiera o ninguna de las opciones enumeradas.

Yo, _____, doy mi permiso para que (Nombre de la Organización) comparta información sobre el incidente que les informé como se explica a continuación:

1. Entiendo que al otorgar mi autorización a continuación, doy permiso a (Nombre de la Organización) para que comparta la información específica del caso del informe de mi incidente con la entidad prestadora de servicios que he indicado, para que yo pueda recibir apoyo según mis necesidades de seguridad, salud física y psicosocial o apoyo legal.

Entiendo que la información compartida será tratada con confidencialidad y respeto, y se compartirá solo cuando sea necesario para proporcionar la asistencia que solicito.

Entiendo que compartir esta información significa que una persona de la agencia o servicio marcado a continuación puede venir a hablar conmigo. En cualquier momento, tengo derecho a cambiar de opinión acerca de compartir información con la agencia / punto focal designado que se detalla a continuación.

Me gustaría que la información sea compartida con:

(Marque todas las casillas que apliquen y especifique el nombre, la sede y la agencia / organización según corresponda)

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicios de seguridad (especifique):----- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicios psicosociales (especifique):----- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicios de Salud/ médicos (especifique): ----- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hogar seguro / albergue (especifique): ----- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicios de asistencia legal (especifique):----- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicios de sustento (especifique):----- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro (especifique el tipo de servicio, nombre y agencia): ----- |

1. Autorización para ser marcada por el/la cliente:

(o padre, madre/ tutor(a) si el/la cliente es menor de 18 años)

Sí

No

1. Reimpreso del Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información del Sistema de GI VSG Versión 2 <http://gbvims.com/wp/wp-content/uploads/GBVAOR-GBVIMSFactSheet1.pdf> (en inglés)

2. Me informaron y entiendo que parte de la información no identificable también se puede compartir para informar. Cualquier información compartida no será específica sobre mí o sobre el incidente. No habrá forma de que alguien me identifique según la información que se comparte. Entiendo que la información compartida será tratada con confidencialidad y respeto.

2. Autorización para ser marcada por el/la cliente:

(o padre, madre/ tutor(a) si el/la cliente es menor de 18 años)

Sí

No

Firma / huella digital de el/la cliente:

(o padre, madre / tutor(a) si el/la cliente es menor de 18 años)

Código de trabajador social: -----

Fecha: -----

INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE CASOS:

(Opcional, eliminar si no es necesario)

Nombre de el/la cliente: -----

Nombre del cuidador(a) (si el/la cliente es una niña o niño): -----

Número de contacto: -----

Dirección: -----

(Escriba preguntas para el código de persona sobreviviente aquí)