DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE MENORES
REUNIÓN DEL EQUIPO DE APOYO A LA FAMILIA
REGISTRO/DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

FST-1
REV. 12/05

Nombre de familia _____ Fecha: _____ Hora: _____

REGISTRO/DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Declaración de confidencialidad: Nosotros, los abajo firmantes, somos participantes en la Reunión del Equipo de Apoyo a la Familia (FSTM, por sus siglas en inglés) para la familia _____. Entendemos que tenemos el permiso de la familia para compartir información aquí y ahora que ayudará a la familia a lograr sus metas. Además, entendemos y acordamos mantener esta información confidencial conforme a las leyes y políticas de confidencialidad del Estado de Missouri.

Participante invitado	Relación con la familia	*¿Está de acuerdo con el plan?	Firma indica asistencia y aceptación de la declaración de confidencialidad
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	

*Si no está de acuerdo con el plan del caso, especifique la naturaleza del desacuerdo: