

Programa Children’s Single Point of Access

CONSENTIMIENTO REQUERIDO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El paciente (niño) o su representante personal debe revisar y firmar este formulario. Si el paciente tiene menos de 18 años, el padre/la madre (o el tutor legal) del paciente debe revisar y firmar este formulario. Este formulario permite utilizar y divulgar información médica sobre tratamientos para el abuso de sustancias y sobre la salud mental, para fines de planificación, coordinación de la atención y prestación de servicios para el niño derivado a servicios de salud mental intensivos. Para utilizar o divulgar información confidencial relacionada con el VIH se necesita un formulario diferente.

Persona cuya información puede utilizarse o divulgarse:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (denominado en este documento “mi hijo” o “su hijo”)

PARTE 1: Consentimiento requerido para la divulgación de información

A. Descripción de la información que se utilizará o se divulgará:

La información sobre su hijo que se usará o se divulgará incluye: información sobre la solicitud del programa Children’s Single Point of Access (CSPOA) (Único Punto de Acceso de Niños), información educativa, médica y sobre el tratamiento para el abuso de sustancias, y evaluaciones de salud mental, incluso las evaluaciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales, los informes de alta, todos los datos clínicos relevantes y otra:

_____.

Por el presente, autorizo a la fuente de derivación de mi hijo a compartir la información sobre la solicitud del CSPOA y toda la información confidencial (incluida la información de salud mental, la evaluación psiquiátrica y psicosocial, la información sobre el tratamiento para el abuso de sustancias y la información médica de mi hijo) con el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (el Departamento de Salud) a través del programa CSPOA de la Ciudad de Nueva York (NYC). Por el presente, autorizo al programa CSPOA del Departamento de Salud a usar y a divulgar esta información para determinar la elegibilidad y encargarse de las actividades de coordinación de la atención de mi hijo.

B. Propósito o necesidad de la información: Su hijo ha sido derivado para recibir servicios de salud mental intensivos. El CSPOA determina la elegibilidad y se encarga de las actividades de coordinación de la atención de niños que necesitan servicios de salud mental intensivos. Un especialista del CSPOA debe revisar la información de la solicitud y la demás información descrita arriba de modo que se le puedan dar los servicios correctos a su hijo.

C. Usted autoriza al CSPOA a compartir la información de su hijo con las siguientes personas, organizaciones, centros o programas, y a usarla según se describe abajo:

Para determinar la elegibilidad y encargarse de las actividades de coordinación de la atención de su hijo, un especialista del CSPOA:

- se comunicará con usted, además de comunicarse con la fuente de la derivación, incluida la persona que hizo las evaluaciones, para analizar el tratamiento para su hijo;
- compartirá la información descrita arriba con diversos organismos y organizaciones contratados a través de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, el Departamento de Salud de NYC, el Departamento de Salud del Estado o Health Homes Serving Children (Centros de Salud que Asisten a Niños) (incluso Health Home Care Management [*Administración de la Atención Médica a Domicilio*]) para hacer recomendaciones sobre el programa adecuado para una posible inscripción para recibir servicios de salud mental intensivos. Entre los organismos y las organizaciones que pueden recibir información sobre su hijo se incluyen:

Programa Children's Single Point of Access

organismos de administración de la atención, proveedores de coordinación de la atención que no son de Medicaid, administradores de la atención de Health Home Care Management. Además, entiende que las derivaciones pueden analizarse con los siguientes organismos o programas y darse a ellos: La Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, el Family Resource Center (Centro de Recursos para Familias), Intensive Crisis Stabilization and Treatment (Tratamiento y Estabilización de Crisis Agudas), Home Based Crisis Intervention (Intervención en Crisis Domiciliarias), Functional Family Therapy (FFT) (Terapia Familiar Funcional), la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, el Departamento Local de Servicios Sociales y el Comité Certificado de Preadmisión; y

- consultará el Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) (portal con datos analíticos de desempeño de Medicaid) para determinar la inscripción de su hijo en un programa.

D. Mis derechos: Comprendo que:

1. Tengo derecho a cancelar el permiso que doy para que se divulgue la información o a retirarme del proceso de derivación en cualquier momento llamando a la Oficina Administrativa del CSPOA de NYC al 347-396-7205.
2. Solo esta información puede usarse y divulgarse como consecuencia de este consentimiento.
3. Esta información es confidencial y legalmente no puede divulgarse sin mi permiso.
4. Si esta información se divulga a alguna persona que no esté obligada a cumplir las normas federales sobre protección de la privacidad, es posible que vuelva a divulgarse y deje de estar protegida.
5. Tengo derecho a revocar (retirar) este consentimiento en cualquier momento. El retiro del consentimiento debe hacerse por escrito en el formulario que me dé el CSPOA de NYC. Soy consciente de que el retiro del consentimiento no será efectivo si las personas a quienes he autorizado a utilizar o a divulgar la información médica de mi hijo ya han tomado medidas sobre la base de mi consentimiento anterior. Para retirar mi consentimiento, escribiré al CSPOA de NYC a:

NYC Children's Single Point of Access
 New York City Department of Health and Mental Hygiene
 Bureau of Children, Youth and Families
 42-09 28th St.
 Long Island City, NY 11101

6. No estoy obligado a firmar este consentimiento. Negarme a hacerlo no afectará mis posibilidades ni las de mi hijo de obtener servicios de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, como: residencia comunitaria, administración de la atención médica a domicilio y coordinación de la atención que no sea de Medicaid; ni afectará mi elegibilidad o la de mi hijo para recibir beneficios.
7. Tengo derecho a revisar y a copiar la información médica de mi hijo que vaya a utilizarse o a divulgarse de conformidad con los requisitos de las normas federales sobre protección de la privacidad en virtud del artículo 164.524 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés).
8. Entiendo que este consentimiento vencerá cuando mi hijo deje de recibir uno de los servicios de salud mental intensivos.

E. Divulgación y uso periódico: Por el presente, permito la divulgación y el uso periódico de la información descrita arriba a la persona, la organización, el centro o el programa identificado arriba, según sea necesario para cumplir el propósito antes indicado.

PARTE 2: Firma

Firma del paciente: Certifico que autorizo el uso de la información médica y de salud mental de mi hijo según lo estipulado en este documento.

Firma del paciente (o del representante autorizado por ley)

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Si lo firma el representante, nombre del representante
(o del padre/de la madre o del tutor legal) (en letra de imprenta)

Si lo firma el representante, describir su autoridad para firmar en nombre del paciente (*por ejemplo, escribir “padre” o “madre”, si el representante es el padre o la madre del paciente menor de edad*)

F. Declaración y firma del testigo: Estuve presente en la ejecución de este consentimiento y declaro que se entregó una copia del consentimiento firmado al paciente o a su representante personal.

ANTE: _____
Nombre y cargo del miembro del personal

Consentimiento entregado a: _____
Nombre del paciente

Fecha: _____

Para que complete el centro: _____
Firma del miembro del personal que utiliza y divulga la información

Cargo

Fecha de divulgación

Aviso: Prohibición de volver a divulgar registros del tratamiento para el abuso de sustancias:

Este aviso se refiere a la divulgación de información sobre el tratamiento para el abuso de sustancias de un paciente, hecha a usted con el consentimiento de ese paciente o de su representante personal. Se le ha divulgado esta información, los registros del tratamiento para el abuso de sustancias, a partir de los registros protegidos por las normas federales sobre confidencialidad (parte 2 del título 42 del CFR) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Las normas federales le prohíben divulgar esta información a organizaciones que no estén mencionadas en la Parte 1 de arriba, salvo que la persona a quien pertenezca la información dé su consentimiento expreso por escrito para una divulgación adicional o que esta esté permitida según la parte 2 del título 42 del CFR. Para este fin, NO es suficiente un consentimiento general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las normas federales limitan cualquier uso de la información para hacer una investigación o un proceso penal de un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.

Programa Children's Single Point of Access

PARTE 3: Retiro del consentimiento para la divulgación de información

Por el presente, revoco mi autorización para el uso y la divulgación de la información que se indica en la **Parte 1** a la persona, la organización, el centro o el programa cuyo nombre y dirección es:

Por el presente, me niego a dar mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información que se indica en la **Parte 1** a la persona, la organización, el centro o el programa cuyo nombre y dirección es:

Firma del paciente (o del representante autorizado por ley)

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Si lo firma el representante, nombre del representante (o del padre/de la madre o del tutor legal)
(en letra de imprenta)

Si lo firma el representante, describir su autoridad para firmar en nombre del paciente (*por ejemplo, escribir "padre" o "madre", si el representante es el padre o la madre del paciente menor de edad*)

Preguntas del CSPOA sobre la información del paciente y consentimiento para la divulgación de información

1. ¿Cómo los proveedores del CSPOA usarán mi información?

Si usted acepta, los proveedores del CSPOA usarán su información médica para:

- coordinar la atención médica y administrar la atención de su hijo;
- verificar si tiene seguro médico y qué es lo que cubre;
- analizar y mejorar la atención médica para los pacientes.

La elección que haga NO les permite a las compañías de seguros médicos ver su información para decidir si le dan el seguro médico o pagan sus facturas.

2. ¿De dónde proviene mi información médica?

Su información médica proviene de los lugares y las personas que le han prestado atención médica o seguro médico en el pasado. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, planes médicos (compañías de seguros médicos), el programa Medicaid y otros grupos que comparten la información médica. Para ver una lista de la información disponible en PSYCKES, visite el sitio web de PSYCKES en www.psyckes.org y consulte "About PSYCKES" (Acerca de PSYCKES), o pídale al proveedor a cargo de su tratamiento que le imprima la lista.

3. ¿Qué leyes y reglas cubren la forma en la que se puede compartir mi información médica?

Estas leyes y normas incluyen el artículo 33.13 de la Ley de Salud Mental de Nueva York; la sección 27-F de la Ley de Salud Pública de Nueva York; y las normas federales sobre confidencialidad, incluso la parte 2 del título 42 del CFR y las partes 160 y 164 del título 45 del CFR (que son las normas conocidas como "Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos" ["HIPPA"]).

4. Si acepto, ¿quién puede obtener y ver mi información?

Las únicas personas que pueden ver su información médica son aquellas que usted acepte que pueden obtenerla y verla, como los médicos y otras personas que trabajan para el CSPOA y que participan en la atención médica de su hijo, y las personas que trabajan para un proveedor del CSPOA que le da atención a su hijo para ayudarlos a verificar el seguro médico de su hijo, o para analizar y mejorar la atención médica para todos los pacientes.

5. ¿Qué sucede si una persona usa mi información y yo no acepté que pudiera usarla?

Si cree que una persona usó la información de su hijo y usted no aceptó que se le dé dicha información a esa persona, puede llamar a uno de los proveedores a los que le dio permiso para ver sus registros, al CSPOA al 347-396-7205, a la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos al 212-637-2800 o a Atención al Cliente de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York al 800-597-8481.

Programa Children's Single Point of Access

6. **¿Cuánto tiempo dura mi consentimiento?**

Su consentimiento regirá hasta el día en que usted lo retire, hasta que se suspenda el CSPOA o durante los tres años posteriores a la fecha del servicio de parte del CSPOA, lo que ocurra primero.

7. **¿Qué sucede si después cambio de opinión y quiero retirar mi consentimiento?**

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario de retiro del consentimiento y dándoselo al CSPOA. Llame al 347-396-7205 para obtener este formulario. Nota: Incluso si después decide retirar su consentimiento, los proveedores que ya tienen su información no tienen que eliminarla de sus registros.

8. **¿Cómo obtengo una copia de este formulario?**

Puede obtener una copia de este formulario después de firmarlo.