

Punto de Acceso para Niños

CONSENTIMIENTO OBLIGATORIO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

El paciente (niño) o su representante personal deben revisar y firmar este formulario. Si el paciente tiene menos de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe revisar y firmar este formulario. Por medio de este formulario, se permite el uso y la divulgación de la información sobre la salud, los tratamientos contra el consumo excesivo de sustancias y la salud mental, con el fin de planificar, coordinar la atención y prestar los servicios al niño derivado a los servicios de salud mental intensivos. Se debe completar otro formulario para utilizar o divulgar la información confidencial relacionada con el VIH.

Persona a la que pertenece la información que se puede utilizar o compartir:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Mencionado en este documento como "mi hijo" o "su hijo")

PARTE 1: consentimiento obligatorio para divulgar información

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

La información sobre su hijo que se utilizará o compartirá incluye lo siguiente: la solicitud del Punto de Acceso para Niños (Children's Single Point of Access, CSPOA); los tratamientos educativos, médicos y contra el consumo excesivo de sustancias; y las evaluaciones de la salud mental, por ejemplo, las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, las evaluaciones psicosociales, los informes de alta, toda la información pertinente y otros datos: _____.

Por medio del presente consentimiento, autorizo a la fuente de derivación de mi hijo a compartir la solicitud del CSPOA y toda la información confidencial (lo que incluye la información sobre la salud mental de mi hijo, sus evaluaciones psiquiátricas y psicosociales, la información sobre los tratamientos contra el consumo excesivo de sustancias y la información médica) al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (el "Departamento de Salud") por medio del programa CSPOA de la Ciudad de Nueva York (NYC). Por medio del presente consentimiento, autorizo al CSPOA del Departamento de Salud a utilizar y compartir esta información con el fin de determinar la elegibilidad y las actividades de coordinación de la atención de mi hijo.

B. Propósito o necesidad de la información: Se derivó a su hijo a los servicios de salud mental intensivos. El CSPOA determina la elegibilidad y las actividades de coordinación de la atención para los niños que necesitan servicios de salud mental intensivos. Un especialista del CSPOA debe revisar la información de la solicitud y el resto de la información detallada anteriormente, para que se le proporcionen los servicios adecuados a su hijo.

C. Usted autoriza al CSPOA a compartir la información sobre su hijo con las personas, las organizaciones, los centros o los programas que se mencionan a continuación, y a utilizar la información sobre su hijo según la siguiente descripción:

Con el fin de determinar la elegibilidad y las actividades de coordinación de la atención para su hijo, el especialista del CSPOA hará lo siguiente:

- Se pondrá en contacto con usted y con la fuente de la derivación, lo que incluye a la persona que completó las evaluaciones, para hablar sobre el tratamiento de su hijo.
- Compartirá la información mencionada anteriormente con diversas agencias y organizaciones que se contratan por medio de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, el Departamento de Salud de la NYC, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o los Health Homes Servicing Children (lo que incluye la Health Home Care Management), con el fin de hacer recomendaciones sobre el programa adecuado para la posible inscripción en los servicios de salud mental intensivos. Las siguientes son las agencias y organizaciones que pueden recibir la información sobre su hijo: agencias de gestión de la atención, proveedores de Non-Medicaid Care Coordination y gestores de la atención de Health Home Care Management. Asimismo, usted comprende que las derivaciones pueden entregarse a las agencias y los programas que se detallan a continuación, y analizarse con ellos: Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, Family Resource Center, Intensive Crisis

Punto de Acceso para Niños

Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis Intervention, Functional Family Therapy (FFT), la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, el Departamento Local de Servicios Sociales y el Pre-Admission Certified Committee.

- Verificará el Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) para determinar la inscripción de su hijo en el programa.

D. Mis derechos: Comprendo lo siguiente:

1. Solo esta información se puede divulgar en virtud de este consentimiento.
2. Esta información es confidencial y, legalmente, no se puede divulgar sin mi permiso.
3. Si esta información se divulga a una persona que no tiene la obligación de cumplir con las regulaciones federales de protección de la privacidad, cabe la posibilidad de que se vuelva a divulgar, por lo que podría dejar de estar protegida.
4. Tengo el derecho de revocar (retirar) este consentimiento en cualquier momento. El consentimiento se debe retirar por escrito con el formulario proporcionado por el CSPOA de la NYC. Comprendo que retirar mi consentimiento no se aplicará si las personas a las que autorice a utilizar y divulgar la información de salud sobre mi hijo ya han actuado en virtud de mi consentimiento anterior. Para retirar el consentimiento, debo escribir al CSPOA de la NYC con los siguientes datos:

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

5. No tengo la obligación de firmar este consentimiento, y rehusarme a firmarlo no afectará mi capacidad o la de mi hijo para obtener servicios por parte de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, como los siguientes: Community Residence, Health Home Care Management y Non-Medicaid Care Coordination; tampoco afectará mi elegibilidad ni la de mi hijo para recibir beneficios.
6. Tengo derecho a revisar y copiar la información de salud sobre mi hijo que se pueda utilizar y divulgar, según lo que establecen las regulaciones federales de protección de la privacidad, en virtud del título 45 CFR§164.524.
7. Comprendo que este consentimiento dejará de estar vigente cuando mi hijo ya no reciba ningún servicio de salud mental intensivo.

E. Uso y divulgación de forma periódica: por medio del presente consentimiento, autorizo el uso y la divulgación de forma periódica de la información mencionada anteriormente, a la persona, la organización, el centro o el programa identificado más arriba, según sea necesario para cumplir el propósito antes mencionado.

Punto de Acceso para Niños

PARTE 2: firma

Firma del paciente: certifico que autorizo el uso de la información médica y de salud mental de mi hijo, según se establece en este documento.

Firma del paciente (o su representante legal)

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Si firma el representante, escriba su nombre (o el del padre, la madre o el tutor) (en letra de imprenta)

Si firma el representante, explique la autoridad que este tiene para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, escriba "padre" o "madre" si el representante es progenitor de un paciente menor de edad)

F. Declaración y firma del testigo: soy testigo de la firma de este consentimiento y declaro que una copia del consentimiento firmado se entregó al paciente o al representante personal del paciente.

DATOS DEL TESTIGO:

Nombre y puesto del miembro del personal

Persona que recibe el consentimiento:

Nombre del paciente

Fecha:

Sección que debe completar el personal del centro:

Firma del miembro del personal que utilizará y divulgará la información

Puesto

Fecha de divulgación

Aviso: prohibición de volver a divulgar los expedientes sobre tratamientos contra el consumo excesivo de sustancias:

Este aviso se refiere a la divulgación de información relacionada con el tratamiento contra el consumo excesivo de sustancias de un paciente, que se le hace a usted con el consentimiento de dicho paciente o de su representante personal. Esta información, los expedientes sobre el tratamiento contra el consumo excesivo de sustancias, que se divulgó a usted, proviene de los expedientes protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Las normas federales le prohíben divulgar de forma alguna esta información a organizaciones no mencionadas en la parte 1 que figura anteriormente, a menos que una divulgación adicional se permita de manera expresa en el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece la información o, de lo contrario, según lo permita la regulación 42 CFR Part 2. Un consentimiento general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier forma de uso de la información para investigar o procesar penalmente a un paciente que consume alcohol o drogas de forma excesiva.

PARTE 3: cómo retirar el consentimiento para divulgar información

Por medio del presente documento, revoco mi autorización para utilizar y divulgar la información mencionada en la **parte 1** a la persona, la organización, el centro o el programa con el siguiente nombre y dirección:

Por medio del presente documento, me rehúso a otorgar mi consentimiento para el uso y la divulgación mencionada en la **parte 1** a la persona, la organización, el centro o el programa con el siguiente nombre y dirección:

Firma del paciente (o su representante legal)

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Si firma el representante, escriba su nombre (o el del padre, la madre o el tutor) (en letra de imprenta)

Si firma el representante, explique la autoridad que este tiene para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, escriba "padre" o "madre" si el representante es progenitor de un paciente menor de edad)

Preguntas del CSPOA sobre la información del paciente y el consentimiento para compartir información

1. ¿De qué manera los proveedores del CSPOA utilizan mi información?

Si usted está de acuerdo, los proveedores del CSPOA utilizarán su información con los siguientes fines:

- Coordinar y gestionar la atención de salud de su hijo.
- Verificar si usted tiene seguro médico y qué es lo que este paga.
- Analizar y mejorar la atención de salud para los pacientes.

Sus elecciones NO permiten que las empresas aseguradoras vean su información con el fin de decidir si le proporcionarán el seguro médico o pagarán sus facturas.

2. ¿De dónde proviene mi información de salud?

Su información de salud proviene de los lugares y las personas que le proporcionaron atención de salud o seguro médico en el pasado. Podrían ser hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, planes de salud (de empresas aseguradoras), el programa de Medicaid y otros grupos que comparten la información de salud. Para acceder a una lista de la información disponible en PSYCKES, visite su sitio web en www.psyckes.org y vea la sección "About PSYCKES" (Acerca de PSYCKES) o pídale a su proveedor de tratamiento que imprima una lista para usted.

3. ¿Qué leyes y normas regulan la manera en la que puede compartir mi información de salud?

Estas leyes y normas incluyen la Ley de Salud Mental de Nueva York, sección 33.13, la Ley de Salud Pública de Nueva York, artículo 27-F, y las normas de confidencialidad federales, como el título 42 CFR Part 2 y el título 45 CFR Part 160 y Part 164 (que se conocen como la "Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud" [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]).

4. Si yo estoy de acuerdo, ¿quién puede obtener y ver mi información?

Las únicas personas que pueden ver su información de salud son aquellas que usted autorice a obtenerla y verla, como los médicos y otras personas que trabajan para el CSPOA, y que participan en la atención de salud de su hijo, así como personas que trabajan para un proveedor del CSPOA, que le proporciona atención a su hijo, a modo de ayuda con el fin de verificar el seguro médico de su hijo, o para analizar y mejorar la atención de salud de todos los pacientes.

5. ¿Qué sucede si una persona utiliza mi información y yo no le di permiso para hacerlo?

Si considera que una persona utilizó la información sobre su hijo y usted no dio su permiso para entregarle dicha información a esa persona, puede llamar a uno de los proveedores a los que autorizó para ver sus expedientes; también puede llamar 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.

6. ¿Durante cuánto tiempo tiene vigencia mi consentimiento?

Su consentimiento se mantiene vigente hasta el día en el que usted lo retire, hasta que se discontinúe el servicio del CSPOA, en caso de que eso suceda, o hasta tres años después de la fecha en la que recibió el último servicio por parte del CSPOA, lo que ocurra primero.

7. ¿Qué sucede si más adelante cambio de parecer y quiero retirar mi consentimiento?

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento con solo firmar el Formulario de retiro del consentimiento y entregarlo al CSPOA. Llame al 347-396-7205 para pedir este formulario. Nota: Si usted decide retirar su consentimiento más adelante, los proveedores que ya tengan su información no tienen la obligación de eliminarla de sus expedientes.

8. ¿Cómo obtengo una copia de este formulario?

Se le entregará una copia de este formulario luego de que lo haya firmado.