



Punto de Acceso para Niños de NYC: autorización para facilitar información

Nombre del niño/paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------------------	-----------------------------

Yo, _____, autorizo al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, por medio de su Punto de Acceso para Niños (Children's Single Point of Access, CSPOA), a facilitar y recibir u obtener acceso a la siguiente información acerca de mi hijo (o acerca de mí, si tengo 18 años o más).

Todas las evaluaciones educativas, médicas, de tratamiento contra el consumo excesivo de sustancias y de salud mental, incluido el Formulario de derivación universal; las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas; las evaluaciones sociológicas; los informes de alta; todos los datos clínicos; las notas de psicoterapia que haya registrado un proveedor de atención de salud que es profesional de la salud mental, al documentar y analizar el contenido de las conversaciones durante una sesión de terapia individual, grupal, conjunta o familiar, que pueda encontrarse por separado del resto de mi historia clínica; todos los datos que el CSPOA posea o haya obtenido; y otra información que se mencione en el siguiente recuadro:

Otra información a ser facilitada (si la información facilitada está sujeta a la regulación 42 CFR Part 2, mencione la información exacta aquí):

Autorizo al CSPOA a facilitar, y recibir u obtener acceso a la información mencionada anteriormente, que provenga de cualquier plan de salud, médico, profesional de atención de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico, otro proveedor de atención de salud, trabajador social, organización de servicios sociales, proveedor de servicios para la salud mental, u otras personas u organizaciones mencionadas en el siguiente recuadro, que proporcionan o proporcionarán pagos, tratamientos o servicios a mi hijo o en nombre de mi hijo (o a mí, si tengo 18 años o más):

Nombre de las personas u organizaciones a las que se les facilitará la información (si la información facilitada está sujeta a la regulación 42 CFR Part 2, mencione a las personas u organizaciones exactas, y los nombres de los contactos que recibirán la información):

Esta autorización perderá vigencia cuando yo la revoque, a menos que se especifique una fecha o un acontecimiento en el siguiente recuadro:

Fecha o acontecimiento en el que esta autorización perderá vigencia:

El CSPOA facilita o recibe esta información por mi petición o con el propósito de evaluar a mi hijo para recibir servicios, determinar su elegibilidad, facilitarlo a servicios o prestarle servicios (o a mí, si tengo 18 años o más), o para los fines que se mencionan en el siguiente recuadro:

Otros fines de la facilitación:

Comprendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización y que rehusarme a firmarla no afectará la capacidad de mi hijo (o mi capacidad, si tengo 18 años o más) de obtener tratamiento ni afectará la elegibilidad de mi hijo para los servicios (o mi elegibilidad, si tengo 18 años o más). Con algunas excepciones, la información, una vez facilitada, puede ser facilitada nuevamente por parte del destinatario.

Comprendo que tengo de derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo escribir al siguiente destinatario: DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101. Comprendo que mi revocación no tendrá vigencia si las personas u organizaciones a las que autorice a utilizar o facilitar la información acerca de mi hijo (o de mí, si tengo 18 años o más) ya actuaron en virtud de mi autorización.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

3.25 Spanish