



CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
HCP es un programa para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica.

<p>Nombre del niño o joven <Apellido> _____ <Nombre> _____ <Inicial del segundo nombre> _____</p> <p>Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono _____</p> <p>Dirección <Calle> _____, <Ciudad> _____, CO, <Código postal> _____</p>	<p>Información sobre el niño o joven</p>
<p>Como padre o representante autorizado legalmente de este niño o joven, por la presente doy mi consentimiento a la prestación de los servicios de los médicos, técnicos o profesionales de la salud designados para el programa HCP por Pueblo Department of Public Health & Environment. Esto incluye exámenes físicos, procedimientos regulares de diagnóstico, terapia y otros tratamientos médicos no quirúrgicos. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me han garantizado nada acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o terapias.</p> <p>Escriba sus iniciales: ____ Sí, doy mi consentimiento para los servicios / ____ No doy mi consentimiento para los servicios</p>	<p>Clinica de especialidad:</p>
<p>Por la presente inscribo a este niño o joven en el programa de coordinación de atención HCP Care Coordination y doy mi consentimiento a la prestación de los servicios que proveen los profesionales designados por Pueblo Department of Public Health & Environment. Entiendo que no me han garantizado nada acerca de los resultados de la coordinación de atención.</p> <p>Escriba sus iniciales: ____ Sí, doy mi consentimiento para los servicios / ____ No doy mi consentimiento para los servicios</p>	<p>Coordinación de atención</p>
<p>Autorizo la comunicación, correspondencia, intercambio y divulgación de la información de salud o historia clínica entre Pueblo Department of Public Health & Environment y este proveedor de atención médica primario del niño o joven, otros proveedores mencionados a continuación, o el personal de sus consultorios, con el fin de proporcionar <i>tratamiento o coordinación de atención</i>.</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital de niños de Colorado</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica primario (PCP): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Organización regional de colaboración de atención médica (RCCO): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Junta centrada en la comunidad: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor de salud y atención especializada: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>Escriba sus iniciales: ____ Sí, doy mi consentimiento / ____ No doy mi consentimiento</p>	<p>Divulgación e intercambio de información</p>
<p>Doy mi permiso para el uso, la comunicación y la divulgación de la siguiente información de salud o historia clínica:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los registros necesarios para la coordinación de atención y servicios de clínica de especialidades</p> <p>O marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de tratamiento hospitalario o ambulatorio de salud física, como historia clínica y examen físico</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de tratamiento hospitalario o ambulatorio de trastornos psicológicos, psiquiátricos o emocionales</p> <p><input type="checkbox"/> Historias sociales, evaluaciones con diagnóstico, prognosis, recomendaciones y todo documento similar</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación de la coordinación de atención y notas de seguimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Registros de servicios sociales <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de terapia <input type="checkbox"/> Radiografías o estudios <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Escriba sus iniciales: ____ Sí, doy mi consentimiento / ____ No doy mi consentimiento</p>	<p>Informes médicos a divulgarse</p>

<p>Autorizo la comunicación y divulgación de información entre Pueblo Department of Public Health & Environment y la escuela o persona que representa la escuela según se nombra a continuación. Autorizo a Pueblo Department of Public Health & Environment y a este equipo de atención médica de niños o jóvenes a divulgar información sobre la afección médica, el tratamiento y la medicación de este niño o joven con la escuela o persona que representa la escuela que se menciona a continuación.</p> <p>Doy mi permiso para el uso, la comunicación y la divulgación de los siguientes registros educativos:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los registros académicos o educativos necesarios para los servicios de coordinación de atención.</p> <p>O marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> RTI <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> IHP <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Registros de asistencia <input type="checkbox"/> Calificaciones <input type="checkbox"/> Notas de reuniones sobre el caso <input type="checkbox"/> Puntuación de las pruebas estandarizadas <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Escuela: _____ Maestro(s): _____ Grado: _____</p> <p>Escriba sus iniciales: _____ Sí, doy mi consentimiento / _____ No doy mi consentimiento</p>	Apoyo de las necesidades educativas
<p>La información sobre los servicios que este niño o joven recibe de HCP se almacenará en una base de datos estatal llamada CYSHCN Data System (CDS). CDS es un sistema de datos en Internet alojado y gestionado por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE).</p> <p>La privacidad y confidencialidad de la información de este niño o joven es muy importante para CDPHE, el cual se esforzará para protegerla. Sin embargo, es posible que surjan riesgos de privacidad imprevistos, como que alguien pudiera lograr acceder sin autorización a la información que CDPHE tiene sobre este niño o joven. La probabilidad de que esto suceda es mínima. Para proteger la información de este niño o joven, CDPHE cumple con las reglas y los reglamentos federales de privacidad, seguridad y acceso autorizado a información personal. Algunas de estas reglas incluyen que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el personal de HCP puede acceder a la información de este niño o joven y todo el personal de HCP debe firmar un acuerdo para mantener esta información segura, • la información de salud se mantiene en computadoras seguras con varios niveles de protección, como protección por contraseña, • los documentos impresos se mantienen en archiveros bajo llave, • el acceso al sistema de datos CDS se limita al personal y administradores de HCP y dicho acceso está protegido con contraseña, • la información que identifica a este niño o joven no se proporcionará a nadie sin su permiso, excepto cuando la ley lo requiera. 	Almacenamiento de datos
<p>He recibido una copia del Aviso de prácticas sobre privacidad de Pueblo Department of Public Health & Environment.</p> <p>Nombre en letra imprenta / Parentesco con el niño: _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>	Prácticas de privacidad
<p>Entiendo que: (1) firmar este formulario es estrictamente voluntario, (2) puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito y hacerlo no tendrá ninguna consecuencia sobre ninguna medida que se haya tomado antes de recibir la revocación, (3) si el solicitante o destinatario no es un plan de salud (aseguradora) o un proveedor de atención médica, la información difundida puede ser divulgada por el destinatario y ya no estará protegida por los reglamentos federales de privacidad, (4) si no firmo el presente formulario, mi atención médica, el pago por mi atención médica o mi habilidad para inscribirme en los beneficios no se verá afectada, (5) puedo revisar u obtener una copia de la información de salud que se me solicita que divulgue.</p> <p>Vencimiento: Sin mi expresa revocación, a menos que se especifique lo contrario, este consentimiento vencerá automáticamente 12 meses después de la fecha de mi firma.</p> <p>Fecha de vencimiento especificada (opcional): _____/_____/_____</p> <p>Firma _____ Fecha _____</p> <p>Nombre en letra imprenta: _____ Parentesco con el paciente/Autorización para actuar: _____</p>	Autorización de paciente o representante autorizado

OFFICE USE:

ORIGINAL TO FILE COPY TO PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE

COPY TO: _____ Date: _____/_____/_____

COPY TO: _____ Date: _____/_____/_____

COPY TO: _____ Date: _____/_____/_____