



**CIRCLE OF CARE**  
for Families and Children of Passaic County, Inc.

## **Consentimiento para Servicios de Coordinación Especializada Autorización para Ciertas Divulgaciones**

Este formulario debe ser completado por un padre/tutor y contiene formularios de consentimiento y autorización relacionados con la participación del joven en los Servicios de coordinación especializada.

**Nombre y Apellido(s) del Joven:** \_\_\_\_\_

Fecha del contacto inicial con la familia: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

**Dirección Pueblo/Ciudad, Estado, Código Postal:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del joven:** \_\_\_\_\_

**Raza del joven:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad del joven:** \_\_\_\_\_

**¿En qué idioma prefiere recibir la comunicación?:** \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador/a de Servicios Especializados: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento general para servicios de coordinación de servicios especializados**

Autorizo y doy mi consentimiento informado y completo a **Circle of Care (CoC)**, (“CoC”) para proporcionar **Servicios de Coordinación Especializada** a o en nombre del joven mencionado anteriormente. Esto incluye toda la gama de servicios para el/la joven.

### **Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad**

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Circle of Care, que contiene información sobre los usos y divulgaciones de la información de salud protegida del joven mencionado anteriormente. Entiendo que Circle of Care tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y cuando hay un cambio importante en el aviso, Circle of Care publicará un nuevo aviso en sus oficinas y en su página web. Puedo comunicarme con Circle of Care en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad. También puedo obtener una copia en la página web de la organización.

## **Consentimiento para usar y divulgar información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Circle of Care (CoC) utilizará la información de salud protegida del joven antes mencionado, incluida la información demográfica, recibida por Circle of Care para los siguientes propósitos, y reconozco y doy mi consentimiento para ello:

**Tratamiento:** Por ejemplo, Circle of Care utilizará y divulgará la información del joven para tomar decisiones sobre la provisión y coordinación de tratamiento, incluida la evaluación del tratamiento adecuado para las condiciones y necesidades relacionadas con la salud del joven. También puede ser necesario compartir información con otro proveedor para la provisión y coordinación de servicios. Estos son solo ejemplos de usos y divulgaciones de información por el propósito de tratamiento, y puede haber otras situaciones en las que Circle of Care divulgue la información del joven por el propósito de tratamiento.

**Pago:** Por ejemplo, Circle of Care puede usar o divulgar información en los registros del joven para obtener un reembolso de Medicaid u otras fuentes de pagos por los servicios prestados por Circle of Care. Esto puede incluir la determinación de elegibilidad para la cobertura bajo el plan apropiado, precertificación y preautorización de servicios o revisión de servicios con intención de reembolso. Esto también incluye el uso o divulgación de información para presentar una apelación de una negación de pago o de otro modo para cobrar el pago por los servicios proporcionados por Circle of Care.

**Operaciones de atención médica:** los registros del joven pueden usarse y divulgarse en las operaciones de planificación y desarrollo de Circle of Care, incluidas mejoras en nuestros métodos de operación y funciones administrativas generales. También podemos usar y divulgar la información en nuestra planificación general de cumplimiento, actividades de revisión y organización de funciones legales, contables y de auditoría. Estos son solo ejemplos de usos y divulgaciones legalmente permitidos, y puede haber otros tipos de usos y divulgaciones legalmente permitidos que sean necesarios para que Circle of Care lleve a cabo sus operaciones. Además, puede haber circunstancias en las que a Circle of Care se le permita o se le exija legalmente usar y divulgar su información, ya sea de acuerdo con una ley particular, un requisito del pagador, una citación o una orden judicial.

### **Divulgaciones a personas autorizadas**

Entiendo que Circle of Care puede divulgar su información a un familiar, amigo u otra persona involucrada en el cuidado del niño/joven a menos que yo me oponga. Designo a las siguientes personas enumeradas a continuación como una persona o personas involucradas con la atención médica del niño/joven y/o el pago de la atención médica (marque con un círculo lo que corresponda), a quienes se puede divulgar la información marcada con un círculo "sí" a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de salud: \_\_\_\_\_ Información de pago: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección/Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de salud: \_\_\_\_\_ Información de pago: \_\_\_\_\_

## Nombre del padre/tutor legal Información del contacto

Yo, \_\_\_\_\_, deseo ser contactado/a de la siguiente manera/s:

(Nombre del padre/tutor legal)

(Por favor marque todos los que apliquen)

Número de Teléfono de Casa

(h) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Trabajo

(w) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Celular

(c) \_\_\_\_\_

Correo a domicilio (abajo)

Mensaje Detallado

Mensaje Detallado

Mensaje Detallado

Dirección de correo al trabajo (abajo)

Devolver llamada solo mensaje

Devolver llamada solo mensaje

Devolver llamada solo mensaje

Dirección de Envío:

---

Trabajo Dirección:

---

Entiendo que, si he marcado "mensaje detallado", acepto que Circle of Care pueda dejar mensajes detallados en el número de teléfono indicado, incluidos recordatorios de citas, cuestiones financieras/de seguro e información sobre atención/tratamiento.

## **Formulario de comunicación electrónica**

Este formulario revisa los diversos métodos de comunicación electrónica que Circle of Care (CoC) puede utilizar al brindar servicios de coordinación de servicios especializada a las familias a las que servimos. El propósito de brindar varias opciones de comunicación es poder comunicarse con las familias de manera eficiente y oportuna, mientras se protege la información confidencial y se respetan las preferencias de las familias a las que servimos.

El correo electrónico, los mensajes de texto, las llamadas telefónicas, los mensajes de voz y las videoconferencias se utilizan para los siguientes propósitos: reuniones o contacto con su familia y/o sistemas/proveedores que trabajan para respaldar el plan de su joven. Todos los asuntos relacionados con el plan del joven mencionado a continuación, incluido el progreso, las estrategias para abordar las necesidades del joven, la aclaración de los servicios y cualquier otra información relacionada con el plan de atención del joven.

La comunicación electrónica no sustituye, pero funciona como complemento de la comunicación regular y directa. Entiendo que, si bien Circle of Care se esfuerza por guardar mi información tanto como sea posible y ha implementado muchas medidas de seguridad para este propósito, los siguientes riesgos, entre otros, son inherentes a cualquier tipo de comunicación electrónica:

- La comunicación electrónica a veces no será completamente privada y existen riesgos al utilizar formas electrónicas de comunicación. Me esforzaré por asegurarme de comunicarme en un área que sea tan privada como sea necesaria para mis necesidades o las de mi joven.
- Usaré únicamente redes privadas y seguras cuando me comunique con Circle of Care.
- La comunicación electrónica puede ser un riesgo si un teléfono/computadora/tableta se pierde, es robado o se ve comprometido de alguna otra manera.
- Las comunicaciones electrónicas pueden ser interceptadas por personas no autorizadas.
- Los piratas informáticos pueden invadir las comunicaciones electrónicas y el dispositivo utilizado para dicha comunicación, robar información personal y de salud o infectar el dispositivo con un virus electrónico.
- Al enviar documentos confidenciales, Circle of Care utiliza correo electrónico encriptado como protección adicional.
- Al utilizar tecnología de videoconferencia, Circle of Care utiliza proveedores que cumplen con la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA).
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, y la revocación será efectiva por períodos posteriores a que Circle of Care la reciba. Sin embargo, si revoco esta autorización, entiendo que tendré que proporcionar un método significativo y viable para que Circle of Care se comunique conmigo y con mi joven.

Al proporcionar mi correo electrónico, entiendo que la comunicación por correo electrónico puede usarse para proporcionar actualizaciones sobre todo lo siguiente:

- Todos los asuntos relacionados con el plan del joven, incluida la coordinación de servicios, aclaración de servicios y cualquier otra información relacionada con el plan para el joven.
- Anuncios de próximos eventos, como entrenamiento comunitario y grupos de apoyo.
- Comunicación organizacional o información sobre eventos especiales.

**Además de las llamadas telefónicas, asegúrese de que todos los métodos de comunicación que desea que utilicemos estén marcados:**

- Correo electrónico del padre/tutor legal/cuidador (escríbalo abajo)
- Correo electrónico del joven (escríbalo abajo)
- Envíe mensajes de texto, asegúrese de que el número de celular se haya agregado arriba en Contactos.
- Mensajes de correo de voz, asegúrese de que los números de teléfono deseados se hayan agregado arriba en Contactos.
- Videoconferencias (sin grabación) a través de Teams, Zoom, etc.

\_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del padre/tutor legal/cuidador (ejemplo: nombre@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico alternativo (si corresponde, por ejemplo: nombre@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico del Joven (si corresponde, por ejemplo: nombre@gmail.com)

**Reconocimiento de los consentimientos anteriores, incluida la comunicación electrónica y la recepción de formularios**

Al firmar abajo, reconozco el consentimiento para los Servicios de coordinación especializadas, que he indicado la forma en que prefiero recibir comunicaciones y que me explicaron el proceso de aviso de quejas y el aviso de prácticas de privacidad y que recibí una copia de cada uno de estos.

***He leído y entiendo los términos de este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el contenido de este documento y he tenido alguna pregunta que pude haber respondido. Reconozco, consiento y acepto el contenido de este documento.***

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del joven (si tiene más de 14 años)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Coordinador de Servicios Especializados

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Circle of Care for Families and Children of Passaic County, Inc.**

3 Garret Mountain Plaza, Suite 200 Woodland Park, NJ 07424

973-942-4588

**Autorización Para Revelar información protegida**

Yo/nosotros autorizamos el uso/divulgación de información sobre: \_\_\_\_\_ (Nombre del Joven)

Fecha de nacimiento del joven: \_\_\_\_\_

La confidencialidad de los registros del cliente es protegida por las leyes y reglamentos federales y estatales. Entrega de tal información es limitada y requiere un comunicado escrito de parte del recipiente de servicios.

**1. Por la presente autorizo a Circle of Care a revelar, obtener y hablar de mi información médica con los siguientes (Marque todo lo que corresponda--sólo los grupos seleccionados recibirán información):**

El Departamento de Niños y Familias de New Jersey y el Departamento de Servicios Humanos, incluyendo todos sus subsidiarios, afiliados y subcontratistas

Cualquier plan de seguro médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta, agencia de intervención de crisis, profesional de cuidado médico, mental o de comportamiento, doctor, profesional de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de atención médica o mental que ha proveído pago, tratamiento o servicios a mí o a mi nombre.

Cualquier entidad estatal o del condado con la implicación pasada o presente de recibir, revisar o hacer determinaciones sobre Medicaid, New Jersey Family Care, Elegibilidad Presunta, Children's System of Care, Household of One, u otras aplicaciones de cobertura para mi o a mi nombre

Otras Personas Asociadas:

\_\_\_\_\_ Padre/Guardian(es) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Padre(s) Adoptivo(s)/Familia de Recurso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Distrito Escolar (por favor especifique el distrito/escuela) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Organización de apoyo para Padres del condado de Passaic (FSO)

\_\_\_\_\_ Sistema de Justicia Juvenil de Passaic County, incluyendo Corte Familiar, La Oficina de Libertad Condicional y el Centro de Detención Juvenil

\_\_\_\_\_ IIC/IIH \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BA/ISS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

**2. Con el fin de: (Por favor, compruebe los tres primeros)**

Continuación de Tratamiento / Coordinación de Cuidado (Esto incluye divulgar, obtener o discutir información de salud para planear, implementar y coordinar servicios para el joven y sus familiares y compartir información de salud, en todo o en parte, con las agencias mencionadas arriba en la medida necesaria para desarrollar e implementar un plan de servicio individualizado).

Legal (incluyendo pero no limitado a la corte, custodia, criminal, etc.)

Seguros médicos/Pagos (incluyendo, entre otros, facturación, fondos flexibles, etc.)

\_\_\_\_\_ Otro (especifique) ("a petición de la persona" es todo lo que se requiere) \_\_\_\_\_

**3. Descripción de la información que puede ser compartida, obtenida o discutida: (Por favor, marque solo uno)**

\_\_\_\_\_ Cualquier y todos los registros en posesión de Circle of Care (excepto como se puede cambiar a continuación)

\_\_\_\_\_ Registros cubriendo el periodo de tiempo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (excepto como se puede cambiar a continuación)

\_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Cada uno de los tipos de información de salud enumerados a continuación requiere una autorización específica para la publicación. Para los siguientes tipos de información, **inicialice** su elección de consentimiento:

Registros de uso de sustancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Registros de salud mental: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Registros de VIH/SIDA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Registros de psicoterapia: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Esta información puede convertirse en parte de la agencia participante o el registro confidencial de una persona. El Sistema de Cuidado Infantil de Nueva Jersey exige que todos los participantes respeten la naturaleza confidencial de los registros, la información y los procedimientos de cualquier reunión. Con este lanzamiento, entiendo / comprendemos que esta información puede aparecer en los registros electrónicos.

Yo / nosotros entiendo / entendemos que yo / nosotros podemos negarnos a firmar esta autorización y que la negativa a firmar no afectará al niño antes mencionado de obtener tratamiento, pago a realizar o la elegibilidad del niño arriba mencionado para beneficios o servicios, sin embargo, puede afectar la determinación del nivel apropiado de cuidado.

Comprendo / comprendemos que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podrá divulgarse nuevamente y dejar de estar protegida por estas reglamentaciones. Sin embargo, si la información se refiere al trastorno por consumo de sustancias, se le puede prohibir al destinatario volver a divulgar la información de abuso de sustancias y se le debe dar el aviso sobre la prohibición de volver a divulgar que se imprime a continuación.

Yo / nosotros entiendo / entendemos que yo / nosotros podemos revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción en virtud de esta autorización. La solicitud para revocar esta autorización debe ser entregada por escrito al Oficial de Privacidad de Circle of Care a la dirección indicada en este formulario. La revocación entrará en vigencia en la fecha en que el Oficial de Privacidad reciba la solicitud.

Esta autorización caducará automáticamente al finalizar el servicio de Circle of Care o el último día del mes de un año a partir de la fecha de la firma autorizada, lo que sea menor. Se me entregará una copia de esta autorización para mis registros.

Firma (o "marca"\*) de:  
Padre o Guardian Legal: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Guardian Legal\*: \_\_\_\_\_  
(\*Guardian Legal: copia de declaración de custodia válida debe ser incluida).

Firma (o "marca"\*) de  
Niño/a (de edad mayor de 14 años): \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Si se pone "marca" en lugar de firma, la "marca" debe ser atestiguada:

Firma de testigo (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre/Título de Testigo: \_\_\_\_\_

**Prohibición de volver a divulgar:**  
Esta información le ha sido revelada de los registros de desórdenes por uso de sustancias que están protegidos por la ley de Nueva Jersey (adoptando el enfoque de las reglas federales de confidencialidad, 42 C.F.R. Parte 2). Las reglas le prohíben divulgar información en este registro que identifique que un paciente tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente, o mediante la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona cuya información se divulga o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito (ver Sección 2.31). Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias con respecto a un delito, excepto según lo dispuesto en la Sección 2.12 (c) (5) y 2.65.