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.

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):

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) _____	☐ Mensaje Detallado	☐ Devolver llamada solo mensaje
☐ Número de Teléfono de Trabajo (w) _____	☐ Mensaje Detallado	☐ Devolver llamada solo mensaje
☐ Número de Teléfono Celular (c) _____	☐ Mensaje Detallado	☐ Devolver llamada solo mensaje
☐ Correo a domicilio (abajo)	☐ Dirección de correo al trabajo (abajo)	

Dirección de Envio:

_____

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 la divulgación de información de salud protegida

Autorizo/autorizamos el uso/divulgación de información sobre:_____(Nombre del joven en letra de molde)

Fecha de nacimiento del joven: _____

La confidencialidad de las historias clínicas de los clientes está protegida por las leyes y regulaciones federales y estatales. La divulgación de dicha información es limitada y exige una autorización por escrito del destinatario del servicio.

1. Por el presente autorizo a Circle of Care a DIVULGAR, OBTENER y CUBRIR mi información de salud con los siguientes (marque la casilla en todos los que correspondan; solo los grupos seleccionados recibirán información):

☐ El Departamento de Niños y Familias de Nueva Jersey y el Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, lo que incluye todas las divisiones que los componen y proveedores contratados

☐ Cualquier plan de salud, psiquiatra, psicólogo, terapeuta, agencia de respuesta a crisis, profesional de atención de la salud mental o conductual, médico, profesional de atención de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de atención de la salud o de atención de la salud mental que me haya proporcionado pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre

☐ Cualquier entidad estatal o del condado con participación anterior o actual en la recepción, revisión o toma de determinaciones con respecto a Medicaid, New Jersey FamilyCare, Elegibilidad Presuntiva, Iniciativa Children's System of Care, Hogar de Uno o solicitudes de cobertura relacionadas para mí o en mi nombre

Otros socios:

☐ Padre/madre/tutor(es) _____

☐ Padre(s) de hogar sustituto/familia de recursos _____

☐ Distrito escolar (especifique el distrito/escuela)_____

☐ La Organización de Apoyo Familiar del Condado de Passaic (FSO)

☐ Sistema de Justicia Juvenil de los Condados de Nueva Jersey, lo que incluye el Tribunal de Familia, Libertad Condicional y el Centro de Detención Juvenil

☐ Servicios vinculados a Circle of Care que incluyen IIC/IIH/BA/ISS/Mentor/entrenador de padres/servicios para pacientes ambulatorios, programas de hospitalización parcial, etc.

☐ M&S Psychotherapy and Counseling

☐ Otro _____

☐ Otro _____

☐ Otro _____

☐ Otro _____

2. Motivo: (Marque las primeras dos casillas)

☐ Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención de la Salud (TPO) (esto es para todos los usos futuros que exijan divulgar, obtener o cubrir información relacionada con el tratamiento y la continuidad de la atención, el pago de servicios o la coordinación de beneficios, y el uso de otra información de salud para las operaciones internas de Circle of Care, lo que incluye la planificación, implementación y monitoreo de servicios para el joven y los miembros de la familia).

☐ Legal (incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, tribunales, custodia, penal, etc.)

☐ A pedido de la persona

☐ Otro (especifique) _____

3. Descripción de la información de salud que se divulgará, obtendrá o cubrirá: (Marque una casilla)

☐ Todas las historias clínicas en poder de Circle of Care (excepto lo que se pueda cambiar en 3a a continuación)

☐ Historias clínicas que cubren el período de _____ a _____

☐ Otra (especifique) _____

3a. Cada uno de los tipos de información de salud que se indican a continuación requiere una autorización específica para su divulgación. Para los siguientes tipos de información, marque la casilla de su elección para indicar su consentimiento:

Historias clínicas de consumo de sustancias:	SÍ ☐	NO ☐	Historias clínicas de VIH/SIDA:	SÍ ☐	NO ☐
Historias clínicas de salud mental:	SÍ ☐	NO ☐	Notas de psicoterapia:	SÍ ☐	NO ☐
Información genética:	SÍ ☐	NO ☐	Historias clínicas de STI/STD:	SÍ ☐	NO ☐
Notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias:	SÍ ☐	NO ☐	Historias clínicas de salud reproductiva:	SÍ ☐	NO ☐

4. Avisos/sus derechos

Si da su consentimiento a la divulgación de historias clínicas de trastornos por consumo de sustancias, tenga en cuenta que cualquier consentimiento para divulgar dichas historias clínicas con fines legales debe ser una autorización independiente (no combinada con un consentimiento para cualquier otro fin). De manera similar, cualquier consentimiento para divulgar notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias debe ser una autorización independiente.

Esta información puede convertirse en parte de la historia clínica confidencial de una agencia participante o de una persona. Children's System of Care de Nueva Jersey exige que todos los participantes respeten la naturaleza confidencial de las historias clínicas, la información y las actas de cualquier reunión. Con esta autorización, usted comprende que esta información puede aparecer en historias clínicas electrónicas.

Usted comprende que, en general, Circle of Care no puede condicionar la prestación de su tratamiento o la inscripción en sus programas a la firma de esta autorización. Sin embargo, en ciertos casos, Circle of Care puede exigir una autorización firmada para divulgaciones específicas cuando recopila información de salud para fines de TPO. Si se niega a firmar, es posible que no podamos facturar a su plan de salud ni coordinar su tratamiento con otros proveedores.

Usted comprende que una vez que se divulga su información (excepto como se indica a continuación), la misma puede volver a ser divulgada por el destinatario y ya no estará protegida conforme a la HIPAA.

En el caso de la información de salud que requiere una autorización especial (punto 3a anterior), la ley federal y estatal, así como la Parte 2 del Título 42 del CFR, prohíben el uso o la divulgación no autorizados de esta información. Esto significa que, a menos que la ley o las regulaciones permitan una divulgación, será necesario su consentimiento para cualquier divulgación adicional. En el caso especial de las historias clínicas de trastornos por consumo de sustancias protegidas por la Parte 2 del Título 42 del CFR, usted puede autorizar su divulgación (y nueva divulgación) para todos los fines futuros de TPO. Si es así, es posible que su información ya no esté protegida por la Parte 2 del Título 42 del CFR, sino por la HIPAA.

Comprendo/comprendemos que puedo/podemos revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de la misma. La solicitud para revocar esta autorización debe enviarse por escrito al Funcionario de Privacidad de Circle of Care a la dirección que se indica en este formulario. La revocación tendrá vigencia en la fecha en que el Funcionario de Privacidad reciba la solicitud.

Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que el joven haga la transición de CMO, a menos que sea revocada o terminada antes como se indica más arriba. Esta autorización vencerá automáticamente al finalizar el servicio de Circle of Care. Si desea recibir una copia de esta autorización, tiene derecho a solicitar que se le proporcione una.

Conforme a la ley de Nueva Jersey, los menores tienen derecho a dar su consentimiento de forma independiente para ciertos tratamientos o asesoramiento médico y a decidir si se divulga cierta información suya y a quién. En el caso de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, la mayoría de edad es de 16 años.

Firma (o "marca"*) del padre, madre o tutor legal: _____

Fecha de la firma: _____

Nombre en letra de molde del padre, madre o tutor legal *: _____

*(*Tutor legal: se debe adjuntar una copia del nombramiento válido de tutela).*

Firma (o "marca"*) del niño (si es mayor de 14 años): _____

Fecha de la firma: _____

Si se incluye una "marca" en lugar de firma, la "marca" debe estar atestiguada:

Firma del testigo (si corresponde): _____

Nombre/cargo del testigo en letra de molde: _____