

**Consentimiento del programa Health Home
 Divulgación de información
 Para menores de 18 años**

Instrucciones: Este formulario se debe usar para los menores de 18 años que se han inscrito en Health Home con el formulario de *Consentimiento/Inscripción en Health Home/Para menores de 18 años (DOH 5200)**. Este formulario describe qué información médica puede divulgarse y a quién. El padre, madre, tutor o representante legal autorizado del menor debe completar la sección 1 de este formulario. A efectos de divulgar información médica, el representante legal autorizado se define como "una persona o agencia autorizada por leyes estatales, tribales, militares o cualquier otra legislación, orden judicial o consentimiento pertinente para actuar en nombre de otra persona en lo que respecta a la divulgación de información médica". La sección 2 de este formulario debe completarla por separado el menor junto al proveedor de atención médica.

***(Tenga en cuenta que las menores que están embarazadas, los menores que son padres o madres, están casados o, que de otra forma, son capaces de prestar consentimiento, no deben usar este formulario. En cambio, deben usar el formulario de *Consentimiento de divulgación de información del paciente de Health Home (DOH 5055)*).**

 NOMBRE DEL HEALTH HOME EN LETRA IMPRENTA

 NOMBRE DEL MENOR EN LETRA IMPRENTA

 FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

Sección 1:

Instrucciones para el padre/madre/tutor/representante legal autorizado: Anotar todos los proveedores de atención médica del menor que puedan divulgar su información médica. La información médica que divulguen puede ser anterior o posterior a la fecha de la firma de este formulario. Estos proveedores pueden intercambiar la información entre ellos y con la agencia de proveedores de atención médica que se menciona a continuación. No pueden brindar la información del menor a otras personas a menos que usted dé su consentimiento o la ley los autorice. El menor puede mantener en privado cualquier información de servicios para los que haya dado consentimiento, incluidos la planificación familiar y la anticoncepción de emergencia, el aborto, los análisis y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, los análisis de VIH, la atención prenatal, la atención durante el trabajo de parto y el parto, el tratamiento para consumo de drogas y alcohol o los servicios para víctimas de agresión sexual. Los proveedores de estos servicios serán enumerados en la sección 2. Si usted ha dado su consentimiento para que el menor reciba estos servicios, entonces podrá tener autoridad para dar su consentimiento para la divulgación de información con respecto a estos servicios y puede indicar los proveedores en esta sección. Nota: Es posible que el menor también deba dar su consentimiento para la divulgación de esta información.

Instrucciones para el administrador de atención médica: Esta sección debe ser completada por el padre, la madre, el tutor o el representante legal autorizado del menor. En ella se indican todos los proveedores de atención médica del menor que puedan divulgar su información médica. A continuación, anote el organismo de administración de la atención médica del menor como proveedor. Estos proveedores pueden divulgar cualquier información médica, **excepto** la información de servicios para los que el menor haya dado consentimiento, incluidos la planificación familiar y la anticoncepción de emergencia, el aborto, los análisis y los tratamientos de infecciones de transmisión sexual, el análisis de VIH, la atención prenatal, la atención durante el trabajo de parto y el parto, el tratamiento para consumo de drogas y alcohol o los servicios para víctimas de agresión sexual. Si el padre, madre, tutor o representante legal autorizado dio su consentimiento para un aborto, para el análisis y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual o para el tratamiento por consumo de drogas y alcohol en nombre del menor, la información solo puede ser divulgada si el menor también da su consentimiento para la divulgación en la sección 2. Copie esta página según sea necesario para poder enumerar todo lo que se les permite a los proveedores. Si en el futuro esta lista necesita ser actualizada (para agregar o quitar un nombre), anote la fecha y las iniciales del padre/madre/tutor/representante legal autorizado junto a cada nueva entrada u omisión.

Instrucciones para el proveedor participante: Si su nombre o agencia está en la sección 1, puede divulgar la información médica del menor, **excepto** cualquier información de servicios para los que el menor haya dado consentimiento, incluidos la planificación familiar y la anticoncepción de emergencia, el aborto, los análisis y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, los análisis de VIH, la atención prenatal, la atención durante el trabajo de parto y el parto, el tratamiento para consumo de drogas y alcohol o los servicios para víctimas de agresión sexual. Solo puede divulgar esta información si está autorizado a hacerlo en la sección 2 de este formulario. Si el padre, madre, tutor o representante legal autorizado dio su consentimiento para un aborto, para el análisis y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual o para el tratamiento por consumo de drogas y alcohol en nombre del menor, la información solo puede ser divulgada si el menor también da su consentimiento para la divulgación en la sección 2.

INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO
 (SOLO INICIALES AL REALIZAR CAMBIOS A LA SIGUIENTE LISTA DE PROVEEDORES) FECHA

ORGANISMO DE ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO (SOLO INICIALES AL REALIZAR CAMBIOS A LA SIGUIENTE LISTA DE PROVEEDORES)	FECHA
_____	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____
NOMBRE DEL PROVEEDOR	_____	_____

Al firmar este formulario declaro que:

1. el menor anteriormente mencionado está inscripto en Health Home anteriormente mencionado;
2. he firmado un formulario de consentimiento de inscripción en Health Home indicado anteriormente para el menor mencionado arriba;
3. he tenido la oportunidad de revisar la hoja de FAQ de Health Home (preguntas frecuentes de Health Home) y mis preguntas han sido respondidas;
4. el Health Home y cualquiera que haya nombrado en la sección 1 de este formulario pueden intercambiar información médica entre sí como se describe en las instrucciones anteriores. Pueden divulgar información anterior o posterior a la fecha de la firma de este formulario, y
5. el plan de Health Home y de Managed Care (atención administrada) del menor pueden, si fuera el caso, intercambiar información con los mencionados anteriormente como proveedores y pueden hacerlo entre sí.

NOMBRE DEL MENOR

Puedo modificar este formulario en cualquier momento. Si realizo modificaciones, debo escribir mis iniciales y la fecha junto a estas. Al eliminar información, estoy suspendiendo el permiso para divulgar la información médica que otorgué anteriormente.

Entiendo que este formulario de consentimiento reemplaza a cualquier otro formulario de intercambio de información de Health Home que pueda haber firmado anteriormente en nombre del menor. Este consentimiento tiene validez hasta que:

- yo lo revoque, o
- el menor ya no cumpla con los criterios para ser beneficiario de Health Home.

Siempre puedo revocar este consentimiento en nombre del menor firmando un formulario de *Consentimiento de Health Home/Cancelación de la inscripción y de la divulgación de información para Home/Para menores de 18 años* (DOH 5202).

Si no firmo este formulario de consentimiento, entiendo que la información del menor no será divulgada.

NOMBRE DEL PADRE, MADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO DEL MENOR EN LETRA IMPRENTA

RELACIÓN DEL PADRE, MADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO CON EL MENOR

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO DEL MENOR

FECHA

PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE CON EL MENOR

Sección 2:

Instrucciones para el administrador de atención médica: El menor debe completar la sección 2 de este formulario. El menor debe completar este formulario en privado, sin el padre, la madre, el tutor o el representante legal autorizado, para posibilitar la confidencialidad de la información. Se debe completar la sección 2 de este formulario después de que la sección 1 esté completa y firmada por todas las partes necesarias.

Yo, _____, entiendo que puedo dar mi consentimiento para ciertos tipos de atención médica sin que lo sepan
NOMBRE DEL MENOR
 mi padre, mi madre, mi tutor o mi representante legal autorizado.

También puedo decidir quién está autorizado a divulgar información sobre estos servicios. Para los servicios a continuación (que puedo haber recibido en el pasado), escribo mis iniciales para autorizar al siguiente Proveedor a divulgar información respecto a ese servicio.

Tipos de servicios y nombre(s) del Proveedor o Agencia	Estoy de acuerdo con divulgar información sobre estos servicios a mi padre , mi madre , mi tutor o mi representante legal autorizado , que se nombran a continuación.		
	Sí	No	Nombre del padre , madre , tutor o representante legal autorizado
Proveedor(es) de planificación familiar:			
Proveedor(es) de anticoncepción de emergencia:			
Proveedor(es) de servicios de aborto:			
Proveedor(es) de análisis y tratamiento de infecciones de transmisión sexual:			
Proveedor(es) de análisis de VIH:			
Proveedor(es) de atención prenatal, durante el trabajo de parto y parto:			
Proveedor(es) de tratamientos para consumo de drogas y alcohol:			
Proveedor(es) de servicios para víctimas de agresión sexual:			

Si está recibiendo servicios de salud mental y es mayor de doce años de edad, es posible que su proveedor le pregunte si desea que su información se divulgue. Si usted se opone, es posible que su proveedor: rechace la solicitud por completo, envíe solo parte de la historia clínica o envíe un resumen de su historia clínica.

Tipos de servicios y nombre(s) del Proveedor o Agencia	Estoy de acuerdo con divulgar información sobre estos servicios a mi padre , mi madre , mi tutor o mi representante legal autorizado , que se nombran a continuación.		
	Sí	No	Nombre del padre , madre , tutor o representante legal autorizado
Servicios de salud mental:			

Tipos de servicios y nombre(s) del Proveedor o Agencia	Estoy de acuerdo con divulgar información sobre estos servicios a los proveedores que se enumeran a continuación.		
	Sí	No	Nombre del proveedor
Proveedor(es) de planificación familiar:			
Proveedor(es) de anticoncepción de emergencia:			
Proveedor(es) de servicios de aborto:			
Proveedor(es) de análisis y tratamiento de infecciones de transmisión sexual:			
Proveedor(es) de análisis de VIH:			
Proveedor(es) de atención prenatal, durante el trabajo de parto y alumbramiento:			
Proveedor(es) de tratamientos para consumo de drogas y alcohol:			
Proveedor(es) de servicios para víctimas de agresión sexual:			

Si está recibiendo servicios de salud mental y es mayor de doce años de edad, es posible que su proveedor le pregunte si desea que su información se divulgue. Si usted se opone, es posible que su proveedor: rechace la solicitud por completo, envíe solo parte de la historia clínica o envíe un resumen de su historia clínica.

Tipos de servicios y nombre(s) del Proveedor o Agencia	Estoy de acuerdo con divulgar información sobre estos servicios a los proveedores que se enumeran a continuación.		
	Sí	No	Nombre del proveedor
Servicios de salud mental:			

Al firmar este formulario declaro que:

1. he tenido la oportunidad de revisar la hoja de FAQ de Health Home (preguntas frecuentes de Health Home) y mis preguntas han sido respondidas, y
2. el Health Home y cualquiera que haya nombrado en la sección 2 de este formulario pueden divulgar mi información médica como se menciona anteriormente. Pueden divulgar información anterior o posterior a la fecha de la firma de este formulario.

Puedo modificar este formulario en cualquier momento. Si realizo modificaciones, debo escribir mis iniciales y la fecha junto a estas. Al tachar la información, estoy quitando el permiso para divulgar la información médica que otorgué anteriormente.

Entiendo que este formulario de consentimiento reemplaza a cualquier otro formulario de divulgación de información de Health Home que pueda haber firmado anteriormente. Este consentimiento tiene validez hasta que:

- yo lo revoque,
- ya no cumpla con los criterios para ser beneficiario de Health Home, o
- mi padre, mi madre, mi tutor o mi representante legal autorizado firme un formulario de *Consentimiento del programa Health Home/Cancelación de la inscripción y de la divulgación de información para Health Home/Para menores de 18 años* (DOH 5202).

NOMBRE DEL MENOR EN LETRA IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

FIRMA DEL MENOR

FECHA

Al marcar esta casilla, revoco mi consentimiento para divulgar mi información médica registrada en la sección 2.

NOMBRE DEL MENOR EN LETRA IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

FIRMA DEL MENOR

FECHA