

## Programa Children’s Single Point of Access de la Ciudad de Nueva York (NYC)

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN

El paciente (hijo), o su representante personal si el hijo es menor de edad, debe completar esta autorización a fin de otorgar su consentimiento a la publicación/utilización/divulgación de información del paciente relacionada con la salud, el tratamiento de la salud mental y el tratamiento para el abuso de sustancias, de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales. Para utilizar o divulgar información confidencial relacionada con el VIH se necesita una autorización distinta.

Esta autorización permite utilizar, divulgar y volver a divulgar información de salud, sobre tratamientos para el abuso de sustancias y sobre tratamientos de la salud mental a los fines de planificar, atender, coordinar y prestar servicios para el niño remitido para servicios de salud mental intensivos.

**Persona cuya información puede utilizarse o divulgarse:**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 (denominado en este documento "mi hijo" o "su hijo")

#### PARTE 1: Autorización para divulgar la información

**Descripción de la información que se utilizará/divulgará:**

El Formulario Universal de Remisión, evaluaciones educativas, médicas, del tratamiento para el abuso de sustancias y de salud mental, entre ellas: evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, evaluaciones psicosociales, informes de alta hospitalaria, todos los datos clínicos relevantes y otros: \_\_\_\_\_.

**Propósito o necesidad de la información:** Su hijo ha sido remitido para recibir servicios de salud mental intensivos. El Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, a través de su programa de remisión centralizado para niños, Children’s Single Point of Access (CSPOA) de la Ciudad de Nueva York (NYC), lleva a cabo actividades para determinar la elegibilidad y coordinar la atención de niños que necesitan servicios de salud mental intensivos. Un especialista del CSPOA, del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York, debe revisar la información del Formulario Universal de Remisión para que se le puedan proporcionar los servicios adecuados a su hijo.

**Nombre de la persona/de la organización/del centro/del programa a los que el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York/el programa Children's Single Point of Access de NYC divulgará información sobre su hijo:**

Para llevar a cabo actividades para determinar la elegibilidad y coordinar la atención de su hijo, el especialista del CSPOA necesitará:

- Comunicarse con usted, además de con la fuente de la remisión, entre ellas, las personas que se encargaron de las evaluaciones, para analizar el tratamiento de su hijo; y:
- Compartir, volver a divulgar, la información antes indicada con diversos organismos y organizaciones contratados mediante la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, el Departamento de Salud del Estado o Health Homes Serving Children, a fin de realizar recomendaciones acerca del programa adecuado para una posible inscripción para recibir servicios de salud mental intensivos. Entre los organismos y las organizaciones que pueden recibir información sobre su hijo se encuentran los siguientes: Proveedores de exenciones para servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS, por sus siglas en inglés), organismos de manejo de la atención de la salud, proveedores de coordinación de atención que no sean de Medicaid, el programa Health Homes Serving Children y residencias comunitarias. Además, comprenderá que las remisiones podrán analizarse con los siguientes organismos/programas y proporcionárseles a ellos: La Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés), Family Resource Center (centro de recursos para familias), Intensive Crisis Stabilization and Treatment (el programa para el tratamiento y la estabilización de crisis agudas), Home Based Crisis Intervention (el programa de intervención en crisis domiciliarias), Terapia Familiar Funcional (FFT, por sus siglas en inglés), la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, el departamento local de servicios sociales y el Comité Certificado de Preadmisión.
- En este formulario de autorización se le pide que otorgue su consentimiento para que su fuente de remisión pueda divulgar la evaluación psiquiátrica y psicosocial, la información sobre el tratamiento para abuso de sustancias, e información médica y de salud mental de su hijo al Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York, y se le pide también que otorgue su consentimiento para que el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York pueda, a su vez, divulgar esa información a aquellas organizaciones a las que se les encargue proporcionar servicios a su hijo. Comprendo que tengo derecho a cancelar

el permiso que otorgo para que se divulgue la información o a retirarme del proceso de remisión en cualquier momento comunicándome con la Oficina Administrativa del CSPOA de la Ciudad de Nueva York llamando al 347-396-7205.

**Propósito o necesidad de la información:**

1. Solicita esta información:

- La persona o su representante personal; u
- Otro (describa) \_\_\_\_\_

2. El propósito de la divulgación es (describa): facilitar la determinación del programa y la asignación.

Se entiende que esta información se utilizará para evaluar a mi hijo para determinar posibles servicios con exención de HCBS, de manejo de la atención, de coordinación de atención que no sea de Medicaid, de residencia comunitaria u otros servicios de apoyo según se mencionaron anteriormente en la descripción. Cuando se determine la elegibilidad, mi hijo recibirá servicios de alguno de los antedichos.

**A.** Por la presente autorizo que se divulgue y revise el Formulario Universal de Remisión y toda la información confidencial proporcionada por la fuente de remisión de mi hijo al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York que trabaja en el programa Children’s Single Point of Access de NYC a fin de llevar a cabo actividades para determinar la elegibilidad y coordinar la atención. Autorizo al Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York, en el marco del programa Children’s Single Point of Access de NYC, a divulgar la información antes mencionada a la persona/a la organización/al centro/al programa antes identificado, para que recomienden el programa que sería adecuado para la posible inscripción de mi hijo. También autorizo al especialista del CSPOA a consultar Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP), portal de internet con datos analíticos de desempeño, para determinar la inscripción de mi hijo en un programa. Comprendo que:

1. Solo esta información puede usarse o divulgarse en el marco de esta autorización.
2. Esta información es confidencial y no puede divulgarse legalmente sin mi permiso.
3. Si esta información se divulga a alguna persona que no esté obligada a cumplir con las normas federales sobre protección de la privacidad, es posible que vuelva a divulgarse y deje de estar protegida.
4. Tengo derecho a revocar esta autorización (a retractarme) en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito en el formulario que me proporcione Children’s Single Point of Access de NYC. Soy consciente de que la revocación no será efectiva si las personas a quienes he autorizado a utilizar o divulgar la información de salud de mi hijo ya han tomado medidas sobre la base de mi autorización anterior.
5. No estoy obligado a firmar esta autorización. Negarme a hacerlo no afectará mis posibilidades ni las de mi hijo de obtener servicios de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, por ejemplo: residencia comunitaria, exención para servicios comunitarios y domiciliarios o coordinación de atención que no sea de Medicaid; ni afectará mi elegibilidad o la de mi hijo para recibir beneficios.
6. Tengo derecho a inspeccionar y a copiar la información de salud de mi hijo que vaya a utilizarse o divulgarse de conformidad con los requisitos de las normas federales sobre protección de la privacidad en virtud del Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), §164.524.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN**

**B. Utilización/Divulgación periódica:** Por la presente permito la utilización/divulgación de la información antes descrita a la persona/a la organización/al centro/al programa antes identificado, según sea necesario para cumplir con el propósito indicado más arriba. Comprendo por la presente que tengo derecho a revocar mi autorización para divulgar información escribiendo a Children’s Single Point of Access de NYC a:

NYC Children’s Single Point of Access  
 New York City Department of Health and Mental Hygiene  
 Bureau of Children, Youth & Families  
 42-09 28<sup>th</sup> street  
 Long Island City, NY 11101

Comprendo que esta autorización vencerá cuando mi hijo deje de recibir uno de los servicios de salud mental intensivos de alta calidad.

**C. Firma del paciente:** Certifico que autorizo que se utilice mi información médica/de salud mental según se establece en este documento.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante personal Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del representante personal (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Descripción de la autoridad del representante personal que actúa en nombre del paciente *(necesario si el representante personal firma la autorización)*

**D. Declaración/firma del testigo:** Estuve presente en el momento de la ejecución de la presente autorización y declaro que se proporcionó una copia de la autorización firmada al paciente o a su representante personal.

**ANTE:** \_\_\_\_\_  
 Nombre y cargo del miembro del personal

Autorización proporcionada a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**A completar por el centro:**

\_\_\_\_\_  
 Firma del miembro del personal que utiliza/divulga la información

\_\_\_\_\_  
 Título

\_\_\_\_\_  
 Fecha de publicación

**Aviso. Prohibición de volver a divulgar registros de tratamiento para el abuso de sustancias:**  
*Este aviso se refiere a la divulgación de información sobre el tratamiento para abuso de sustancias de un paciente, que se le ha efectuado a usted con el consentimiento de ese paciente o de su representante personal. Esta información, registros del tratamiento para el abuso de sustancias, le han sido divulgados a partir de registros protegidos por las normas federales sobre confidencialidad (Título 42 del CFR, Parte 2) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Las normas federales le prohíben divulgar esta información a organizaciones no mencionadas en la Parte 1 anterior, salvo que la persona a quien pertenezca la información otorgue su consentimiento expreso por escrito a una divulgación adicional o que esta sea permitida por el Título 42 del CFR, Parte 2. Para esto NO es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las normas federales limitan cualquier uso de la información para llevar adelante una investigación o un proceso penal de un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.*

**PARTE 2: Revocación de la autorización para divulgar la información**

Por la presente revoco mi autorización para usar/divulgar la información que se indica en la **Parte 1** a la persona/a la organización/al centro/al programa cuyo nombre y dirección es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente me niego a autorizar el uso/la divulgación que se indica en la **Parte 1** a la persona/a la organización/al centro/al programa cuyo nombre y dirección es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante personal Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del representante personal (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Descripción de la autoridad del representante personal que actúa en nombre del paciente *(necesario si el representante personal firma la autorización)*