

Formulario de consentimiento informado para compartir información médica protegida y de uso de sustancias

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

[Imprimir].

Al firmar este formulario de consentimiento, usted permite que los registros médicos indicados en este formulario se divulguen a través de una red informática segura operada por PerformCare, el Administrador de los Sistemas Contratados (CSA) para NJ Children's System of Care (CSOC), a proveedores médicos a quienes usted identifique y sean parte de la red del CSOC. La finalidad de compartir su información médica es brindarle un tratamiento mejor coordinado.

Todos los proveedores de atención médica, salud mental y tratamiento de abuso de drogas y alcohol y otras entidades que participen en el CSOC podrán compartir (divulgar y recibir) los registros correspondientes con los proveedores que usted identifique. Esto incluye todos los lugares que le hayan prestado servicios. Esto incluye programas para tratar el abuso de drogas y alcohol, programas de salud mental, psicólogos, clínicas, hospitales, laboratorios clínicos, farmacias, médicos, aseguradoras médicas, Medicare, Medicaid, etc. La lista de proveedores médicos y entidades está disponible en el sitio en Internet de PerformCare en **www.performcarenj.org**.

Se le pedirá que tome varias decisiones al momento de firmar este formulario de consentimiento.

1. Información entrante que PerformCare recibe

Se le pedirá que identifique a los proveedores médicos y las entidades a los que se podrá divulgar su información médica protegida (PHI) a través del Sistema de Gestión de Información (MIS) y la red informática de PerformCare.

Yo, _____, autorizo a _____,
(nombre en letra imprenta del miembro joven) (fecha de nacimiento)

[Indique sus iniciales en la categoría correspondiente]

0	Todos los programas de salud mental y tratamiento de abuso de drogas y alcohol en los que he sido evaluado o tratado, así como a otros proveedores médicos y entidades que formen parte de la red del CSOC, a divulgar o proporcionar mis registros médicos a través del MIS y la red informática de PerformCare, para que PerformCare pueda autorizar los servicios, y para que los proveedores médicos y las Organizaciones de Administración de la Atención que he identificado en la siguiente página puedan acceder a estos registros y usarlos para brindarme tratamiento.
	Solo los siguientes programas de salud mental y tratamiento de drogas y alcohol en los que he sido evaluado o tratado, a divulgar o proporcionar mis registros médicos al MIS y la red informática de PerformCare, para que PerformCare pueda autorizar los servicios, y para que los proveedores médicos y las Organizaciones de Administración de la Atención que he identificado en la siguiente página puedan acceder a estos registros y usarlos para brindarme tratamiento.
	1. Nombre de la organización o el centro de tratamiento:
	2. Nombre de la organización o el centro de tratamiento:
	3. Nombre de la organización o el centro de tratamiento:

A divulgar o proporcionar mis registros médicos a PerformCare en nombre de NJ Children's System of Care a través de la red informática segura.

Formulario de consentimiento informado para compartir información médica protegida y de uso de sustancias

Al indicar mis iniciales abajo, reconozco lo siguiente:

PerformCare puede recibir o divulgar la siguiente información:

☐ Mi nombre y otra información personal que sirva para identificarme.	☐ Planes de alta de servicios de salud mental y tratamientos por abuso de drogas o alcohol.
☐ Mi estado como paciente en un tratamiento de abuso de alcohol o drogas.	☐ Fecha de alta de servicios de salud mental y tratamientos por abuso de droga o alcohol, y estado del alta.
☐ Evaluaciones iniciales o posteriores de mis necesidades de servicios.	☐ Registros escolares/IEP.
☐ Resúmenes de resultados e historiales de evaluaciones de salud mental y abuso de drogas o alcohol.	☐ Diagnósticos y tratamiento de condiciones físicas.
☐ Resumen de planes de servicios y progreso de tratamientos por abuso de drogas o alcohol y de salud mental.	☐ Evaluación biopsicosocial (BPS).
☐ Asistencia a servicios de salud mental y tratamientos por abuso de drogas o alcohol.	☐ Otro (especificar):

2. Divulgación de información saliente de PerformCare

Además, autorizo a PerformCare para que divulgue esta información (identificada arriba) a los siguientes proveedores médicos afiliados al CSOC para que puedan acceder a esos registros y usarlos para brindarme tratamiento:

	Organización de Administración de la Atención (CMO)	
(Iniciales)		(indique el condado y el nombre de la agencia)

Proveedores residenciales a corto plazo y desintoxicación administrada médicamente (marque todas las que correspondan)	Proveedores ambulatorios y ambulatorios intensivos (marque todas las que correspondan)
☐ New Hope Integrated Behavioral Health Care	☐ Acenda, Inc. ☐ Catholic Charities, Diocese of Metuchen ☐ Center for Family Services ☐ CPC Integrated Health ☐ High Focus Centers ☐ Iron Recovery and Wellness ☐ Maryville, Inc. ☐ Oaks Integrated Care/COPE Center

Entiendo que la información provista a los proveedores médicos identificados anteriormente incluye toda mi información médica que está en el MIS y la red informática de PerformCare, incluidos mis registros de tratamiento por abuso de drogas o alcohol, información sobre diagnósticos y tratamientos de salud mental e información sobre diagnósticos y tratamientos de VIH/SIDA, y cualquier información sobre otras afecciones para las que haya podido recibir tratamiento.

Formulario de consentimiento informado para compartir información médica protegida y de uso de sustancias

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en aquellos casos en los que ya se haya actuado. También puedo cambiar las opciones de mi consentimiento actual al firmar uno nuevo en cualquier momento.

Esta autorización para mi consentimiento expira automáticamente el _____ (fecha), o un año desde la fecha de mi firma que autorice. Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta la fecha indicada o hasta que ocurra alguno de los eventos o las condiciones que se especifican aquí.

Redivulgación de información

Los proveedores y organizaciones cubiertos por este consentimiento no podrán volver a divulgar cualquier información médica personal sobre usted ni en formato electrónico ni físico a otras personas, excepto según lo permitido por las leyes y las regulaciones estatales y federales. Las normas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que esté expresamente permitida por un consentimiento escrito o de otra forma por el 42 CFR Parte 2.

Entiendo que no me negarán ningún servicio si me niego a firmar este formulario.

Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del miembro joven:	Fecha:
Firma del testigo (si el joven no está en condiciones físicas de firmar):	Fecha:

Padre/madre/tutor (de un miembro joven menor a los 13 años de edad): Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro joven identificado en la página 1. (Para divulgaciones de información relacionadas con diagnósticos o tratamientos de un miembro joven para ciertas afecciones de salud mental o el tratamiento de VIH/SIDA de un miembro joven menor de 13 años).

Firma:	Fecha:
Nombre en letra imprenta:	Relación con el miembro joven:

Se podrán imponer sanciones en caso de que se acceda a su información médica electrónica o se use de manera indebida o inapropiada. Si considera que alguien ha recibido o accedido a su información médica de manera indebida, contacte a PerformCare al **1-877-652-7624** y pida hablar con un representante del Departamento de Calidad.