

Consentimiento para divulgar información confidencial sobre abuso de alcohol y drogas y otra información médica protegida (PHI) [Use letra de imprenta]

Al firmar este formulario de consentimiento, usted permite que los registros médicos indicados en este formulario se divulguen a través de una red segura de computadoras operada por PerformCare, el Administrador de los Sistemas Contratados (CSA) para el Sistema de Servicios de Cuidado de Niños (CSOC) de New Jersey, 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 y más 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) sus registros 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 clínicos, hospitales, laboratorios clínicos, farmacias, médicos, aseguradoras médicas, Medicare, Medicaid, etc. La lista de proveedores médicos y entidades está disponible en el sitio web 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 de la red de computadoras y el Sistema de Manejo de Información (MIS) de PerformCare.

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

[Ponga sus iniciales en la categoría pertinente]

0	Todos los programas de salud mental y tratamiento de abuso de drogas y alcohol en los que me han evaluado o tratado, y otros proveedores médicos y entidades que forman parte de la red del CSOC para divulgar/proporcionar mis registros médicos a través del MIS o la red de computadoras de PerformCare para que PerformCare pueda autorizar servicios, y los proveedores médicos y la(s) Organización(es) de Gestión de Atención que he identificado en la siguiente página pueden acceder a estos registros y usarlos para tratarme.
	Únicamente los siguientes programas de salud mental y tratamiento de abuso de drogas y alcohol en los que me han evaluado o tratado para divulgar/proporcionar mis registros médicos a través del MIS y la red de computadoras de PerformCare para que PerformCare pueda autorizar servicios, y los proveedores médicos y la(s) Organización(es) de Gestión de Atención que he identificado en la siguiente página pueden acceder a estos registros y usarlos para tratarme.
	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:

Divulgar / hacer que mi expediente médico electrónico esté disponible para PerformCare en nombre del Sistema de Servicios de Cuidado de Niños de NJ a través de la red informática segura.

Consentimiento para divulgar información confidencial sobre abuso de alcohol y drogas y otra PHI

Al poner mis iniciales abajo, reconozco que:

PerformCare puede divulgar y recibir la siguiente información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi nombre y otra información personal que sirva para identificarme. | <input type="checkbox"/> Planes de alta de servicios de salud mental y tratamientos de abuso de drogas/alcohol. |
| <input type="checkbox"/> Mi estado como paciente en un tratamiento de abuso de alcohol o drogas. | <input type="checkbox"/> Fecha de alta de servicios de salud mental y tratamientos de abuso de drogas/alcohol, y estado del alta. |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones iniciales o subsecuentes de mis necesidades de servicios. | <input type="checkbox"/> Registros escolares/IEP. |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de resultados e historiales de evaluaciones de salud mental y abuso de drogas/alcohol. | <input type="checkbox"/> Diagnósticos y tratamiento de condiciones físicas. |
| <input type="checkbox"/> Resumen de planes de servicios de salud mental y tratamientos de abuso de drogas/alcohol, progreso y cumplimiento. | <input type="checkbox"/> Evaluación biopsicosocial (BPS). |
| <input type="checkbox"/> Asistencia a servicios de salud mental y tratamientos de abuso de drogas/alcohol. | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |

2. Divulgación de información que sale 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 tratarme:

_____ **Organización de Gestión de Atención (CMO)** _____
 (Iniciales) (indique el condado y el nombre de la agencia)

Proveedores residenciales a corto plazo y desintoxicación administrada médicamente (marque todas las opciones pertinentes)	Proveedores ambulatorios y ambulatorios intensivos (marque todas las opciones pertinentes)	South Jersey Initiative (SJI): Proveedores ambulatorios y ambulatorios intensivos (marque todas las opciones pertinentes)
<input type="checkbox"/> New Hope Integrated Behavioral Health Care	<input type="checkbox"/> Acenda Integrated Health <input type="checkbox"/> Catholic Charities: New Choices <input type="checkbox"/> COPE Center <input type="checkbox"/> Family Connections <input type="checkbox"/> Genesis Counseling Centers <input type="checkbox"/> Iron Recovery and Wellness Center, Inc. <input type="checkbox"/> My Father's House	<input type="checkbox"/> Center for Family Services, Inc. <input type="checkbox"/> First Step: Cumberland County <input type="checkbox"/> Genesis Counseling Centers <input type="checkbox"/> Iron Recovery and Wellness Center, Inc. <input type="checkbox"/> Legacy Treatment Services <input type="checkbox"/> My Father's House <input type="checkbox"/> My Friend's House <input type="checkbox"/> Optimal Behavioral Health <input type="checkbox"/> Village Wrap, Inc.

Entiendo que la información provista a los proveedores médicos identificados arriba incluye toda mi información médica que está en el MIS y la red de computadoras de PerformCare, incluyendo mis registros de tratamiento de 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 condiciones para las que haya podido recibir tratamiento.

_____ (iniciales)

Consentimiento para divulgar información confidencial sobre abuso de alcohol y drogas y otra PHI

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.

Este consentimiento expirará automáticamente el _____ (fecha) o un año a partir de la fecha de haber firmado la autorización. Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta la fecha indicada o hasta que ocurra alguno de los eventos o las condiciones especificados en este.

Redivulgación de información

Los proveedores y las organizaciones cubiertos por este consentimiento no pueden divulgar de nuevo ninguna 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 rehúso a firmar este formulario.

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

Firma del miembro joven:

Fecha:

Firma del testigo:

Fecha:

Padre/Tutor: Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro joven identificado en la página 1 (para divulgaciones de información respecto a diagnósticos o tratamientos de un miembro joven para ciertas condiciones de salud mental o el tratamiento de VIH/SIDA de un miembro joven menor de 13 años).

Firma:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Relación con el miembro joven:

Se podrán imponer sanciones en caso de que se acceda indebidamente a su información o se use de manera indebida. Se impondrán sanciones en caso de que se acceda indebidamente a su información médica electrónica o se use de manera 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.

La discriminación está en contra de la ley

PerformCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual. PerformCare no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual.

PerformCare reduce las barreras del idioma para acceder a los servicios a través del Sistema de Cuidado de Niños de New Jersey al:

- Proporcionar a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
 - Dispositivos de telecomunicaciones tales como Dispositivo para sordos (TDD) y Sistemas de teléfono de texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o impedimentos del habla usar el teléfono para comunicarse.
- Proporcionar servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Servicios de intérpretes calificados por teléfono mediante una línea de asistencia lingüística.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita de estos servicios, póngase en contacto con PerformCare al **1-877-652-7624** o **TTY** (para personas con impedimentos auditivos) al **1-866-896-6975**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que PerformCare no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual, puede presentar una queja por correo postal o por teléfono, llamando al departamento de Calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o por escrito a:

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Calidad de PerformCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de intérpretes multilingües

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Spanish. Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Portuguese. Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

Haitian Creole. Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin. 注意: 如果您说中文普通话/国语，我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)。

Korean. 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

Bengali. লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY: 1-866-896-6975)।

French. Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Vietnamese. Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

Chinese Cantonese. 注意: 如果您使用粵語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)。

Polish. Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Urdu:

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

Turkish. Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian. Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).