

Casas de Salud — Consentimiento para Compartir Información de Adolescentes Health Home — Adolescent Information-Sharing Consent

Usted ha sido inscrito en Casas de Salud. Es necesario que sus proveedores de atención de la salud y otras personas involucradas en su atención se comuniquen entre sí para hablar sobre sus necesidades y cuidados. A veces, sus registros de salud pueden incluir información sobre:

- Servicios de planificación familiar, como control de natalidad y aborto
- VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual (enfermedades que puede adquirir al tener relaciones sexuales)
- Medicamentos y servicios de salud mental
- Servicios de dependencia a sustancias químicas

Dado que este tipo de información de salud es privada, los proveedores de atención de la salud y otras personas que tienen información sobre su salud, no puede otorgar esta información a nadie a menos que usted esté de acuerdo o la ley lo permita. Esto aplica, ya sea que su información de salud este en un sistema informático o en papel.

Al firmar este consentimiento, usted acepta que las personas que ha identificado en este formulario tienen permiso para ver su información médica privada confidencial y pueden hablar entre sí para ayudarle a administrar su atención médica. Esta información de salud puede ser anterior o posterior a la fecha en la que firmó este formulario. Sus registros de salud pueden contener información sobre enfermedades o lesiones que tiene o puede haber tenido anteriormente; resultados de pruebas, tales como radiografías o análisis de sangre; y los medicamentos que está tomando o ha tomado con anterioridad.

Si usted tiene 13 años de edad o más, y ha sido remitido a Casas de Salud, se le pedirá que firme este formulario, ya sea que este tipo de información de salud aplique a su situación o no. Si usted no firma este formulario, aún podrá obtener los servicios de Casas de Salud.

Las leyes que aplican a estos registros de salud incluyen:

- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual: Código Revisado de Washington (por sus siglas en inglés, "RCW") 70.24.105
- Registros de salud mental: Código Revisado de Washington (RCW) 71.05.620
- Dependencia a sustancias químicas: Código 42 de Regulaciones Federales (por sus siglas en inglés, "CFR") Parte 2

Estoy de acuerdo en permitir que Casas de Salud reciba y comparta mi información de salud con los proveedores de salud y otras personas mencionadas

en este formulario, según se aplique a:

- Todos mis registros de cliente, incluyendo los correspondientes a la salud reproductiva (es decir, control de la natalidad, embarazo, aborto); resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (por sus siglas en inglés, "STD"); salud mental; y dependencia a sustancias químicas.

Únicamente los siguientes registros (marcar todos los que apliquen):

- Resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual
- Salud reproductiva
- Salud mental
- Dependencia a sustancias químicas
- Otros (indicar): _____

También acepto que los proveedores de atención de la salud y otras personas mencionadas en este formulario, pueden compartir mi información de salud entre sí, y no pueden compartirla con aquellos que no se mencionan en este formulario. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al actualizar la página 2 de este formulario y entregársela a mi coordinador de atención en Casas de Salud. Esto no afectará la información ya compartida. Iniciales:

A menos que previamente sea revocado por mí, la información específica arriba mencionada es válida hasta que:

- Ya no esté participando en Casas de Salud.
- O hasta el _____ (anotar la fecha de vencimiento).

Nombre del cliente en letra de molde

Fecha de nacimiento del cliente

Firma del cliente o representante legal

Fecha

Nombre del representante legal en letra de molde

Relación del representante legal con el cliente

Si usted cree que alguna persona utilizó su información, y no está de acuerdo en dar a esa persona su información, llame a su coordinador de casos o llame a la línea gratuita del Centro de Servicios de Atención Médica al Cliente (por sus siglas en inglés, "MACSC"), al 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429).

Nombre del cliente en letra de molde

Lista de los nombres de los proveedores de salud participantes y otros	El cliente da su consentimiento		El cliente retira su consentimiento	
	Fecha	Iniciales del Cliente	Fecha	Iniciales del Cliente
Trabajador social de Administración Infantil				
Padre natural, padre adoptivo, padre de crianza temporal				
Proveedor de atención primaria				
Organización de atención administrada				
Organización de atención administrada anterior				
Coordinador/líder de atención de Casas de Salud				
Coordinador/líder anterior de atención de Casas de Salud				
Trabajador social/director tribal				
Proveedor de planificación familiar				
Proveedores de servicios de dependencia de sustancias químicas				
Proveedores de atención de salud mental				
Proveedores de atención adicionales				

AVISO: PROHIBIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE TRATAMIENTOS DE ALCOHOL - O DROGAS

Este aviso acompaña a una divulgación de información concerniente a un cliente en tratamiento de alcohol/drogas, realizada a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las leyes federales de confidencialidad, Código 42 de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2. Las leyes federales le prohíben divulgar esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o, por otro lado, que esté permitido por el CFR 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otro tipo de información, **NO** es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.