

Este formulario debe usarse para niños menores de 18 años para la inscripción en un Health Home. Este formulario también describe qué y con quién se puede compartir la información médica.

**\*[Tenga en cuenta que los menores de 18 años que son padres, están embarazadas o casados, y que son capaces de dar su consentimiento, no deben usar este formulario. En su lugar, deben usar el formulario de *consentimiento del Health Home para compartir información del paciente (DOH 5055)*].**

**Instrucciones para el padre/tutor/representante legalmente autorizado:**

El padre, tutor o representante legalmente autorizado del niño debe completar la *Sección 1* de este formulario. El representante legalmente autorizado con el propósito de compartir información médica se define como "una persona o agencia autorizada por la ley estatal, indígena, militar u otra ley aplicable, orden judicial o consentimiento para actuar en nombre de una persona para la revelación de información médica". Indique los proveedores médicos del niño que pueden compartir la información médica del niño. La información médica que comparten puede ser anterior y posterior a la fecha en que firma este formulario. Estos proveedores pueden compartir esta información entre sí y con la agencia de administración de la atención del niño que se indica abajo. No pueden dar la información del niño a otras personas a menos que usted esté de acuerdo o la ley diga que pueden hacerlo. El niño puede mantener en privado cualquier información sobre los servicios para los que el niño da su consentimiento descritos en la *Sección 2*, incluyendo la planificación familiar y la anticoncepción de emergencia, el aborto, las pruebas y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, las pruebas y el tratamiento del VIH, la prevención del VIH, la atención prenatal, el trabajo de parto y los servicios de parto, tratamiento de drogas y alcohol, o servicios de agresión sexual. Si dio su consentimiento para cualquiera de estos servicios para el niño, entonces puede tener la autoridad para dar su consentimiento para la revelación de información sobre estos servicios y puede listar los proveedores en esta *Sección*. **Nota:** Es posible que el niño también tenga que dar su consentimiento para que se revele esta información.

La *Sección 2* de este formulario debe completarse por separado por el niño con el administrador de atención. *Los niños de 10 años o más pueden dar su consentimiento para compartir o retener información sobre ciertos tipos de servicios protegidos. Además, si el niño o adolescente recibe específicamente servicios de salud mental o discapacidades del desarrollo y tiene más de 12 años, el proveedor médico de salud mental o discapacidades del desarrollo puede preguntarle al niño o adolescente si quiere que se revele su información.*

**Instrucciones para el administrador de atención:** La *Sección 1* la completa el padre, tutor o representante legalmente autorizado del niño. Contiene todos los proveedores médicos que pueden compartir la información médica del niño. Indica la agencia de administración de la atención del niño como proveedor abajo. Estos proveedores pueden compartir toda la información médica, excepto cualquier información sobre los servicios para los que el niño puede dar su consentimiento, incluyendo la planificación familiar y la anticoncepción de emergencia, el aborto, las pruebas y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, las pruebas y el tratamiento del VIH, la prevención del VIH, la atención prenatal, el parto y servicios de parto, tratamiento de drogas y alcohol, o servicios de agresión sexual. Si el padre, tutor o representante legal autorizado dio su consentimiento para el aborto, la prueba y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la prueba y el tratamiento del VIH, la prevención del VIH o el tratamiento de drogas y alcohol en nombre del niño, la información solo se puede revelar si el niño también da su consentimiento para la revelación en la *Sección 2*. Copie la página abajo según sea necesario para poder listar todos los proveedores acordados. Si esta lista debe actualizarse en el futuro (ya sea para agregar o eliminar un nombre), pídale al padre/tutor/representante legalmente autorizado que *seleccione ADD (Agregar) o DELETE (Eliminar)*, coloque sus iniciales y la fecha al lado de cada nueva entrada u omisión. *El HHCM también debe colocar sus iniciales junto a cada cambio hecho.*

**Instrucciones para el proveedor participante:** Si su nombre o agencia figura en la *Sección 1*, puede revelar la información médica del niño, excepto cualquier información sobre los servicios para los que el niño puede dar su consentimiento, incluyendo la planificación familiar y la anticoncepción de emergencia, el aborto, las pruebas y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, las pruebas de VIH y tratamiento, prevención del VIH, atención prenatal, servicios de trabajo de parto y parto, tratamiento de drogas y alcohol, o servicios de agresión sexual. Solo puede revelar esta información si se le da permiso para hacerlo en la *Sección 2* de este formulario. Si el padre, tutor o representante legal autorizado dio su consentimiento para el aborto, la prueba y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la prueba y el tratamiento del VIH, la prevención del VIH o el tratamiento de drogas y alcohol en nombre del niño, la información solo se puede revelar si el niño también da su consentimiento para la revelación en la *Sección 2*. Si recibe una copia de la *Sección 2* de este formulario de consentimiento, revíselo detenidamente para identificar el permiso dado por el niño para que el administrador de atención del Health Home (HHCM) comparta información específica con usted. **NOTA:** Si NO se incluye la *Sección 2*, el niño no ha dado permiso, y, por lo tanto, esta información NO se puede revelar ni compartir con usted.



**Copie esta página según sea necesario para listar todos los socios participantes y otros aprobados por el padre, tutor o representante legalmente autorizado del miembro**

Abajo, indique los proveedores médicos del niño que pueden compartir la información médica del niño. La información médica que comparten puede ser anterior o posterior a la fecha en que firma este formulario. Estos proveedores pueden compartir esta información entre sí y con la agencia de administración de la atención del niño que se indica abajo.

Si en CUALQUIER momento hay cambios en esta página, el padre, tutor o representante legalmente autorizado **DEBE** seleccionar si el cambio es AGREGAR o ELIMINAR proveedor, y FECHA e INICIALES junto a los cambios hechos en el cuadro abajo. El administrador de atención del Health Home (HHCM) también debe PONER SUS INICIALES en todos los cambios.

	Agregar o eliminar	Fecha del cambio	Iniciales del padre, cuidador o representante legalmente autorizado	Iniciales del HHCM
Agencia de administración de la atención del Health Home:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Plan de atención administrada por Medicaid:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del médico de atención primaria:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del hospital:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre de la agencia de crianza temporal:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor médico del comportamiento:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del SPOA/LGU:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Agregar			
	<input type="checkbox"/> Eliminar			

## PARA COMPLETARSE CON EL NIÑO ÚNICAMENTE

**Sección 2:** El niño/joven debe tener 10 años o más para revisar y completar esta sección.

**Instrucciones:** La Sección 2 debe completarse después de que la Sección 1 haya sido completada y firmada por todas las partes necesarias. Para completar la Sección 2, el niño/joven debe tener 10 años o más. La sección 2 de este formulario debe ser completada por el administrador de atención del Health Home con el niño. El llenado de este formulario debe hacerse en privado, sin el padre, tutor o representante legalmente autorizado del niño, para permitir la confidencialidad de la información.

**Sección 2, Parte A:** Los niños de 10 años o más pueden dar su consentimiento para compartir o retener información sobre ciertos tipos de servicios protegidos de la siguiente manera: planificación familiar; anticoncepción de emergencia; aborto; proveedores de pruebas y tratamiento del VIH; prevención del VIH; profilaxis previa y posterior a la exposición (PrEP/PEP); pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual: atención prenatal, trabajo de parto/parto; tratamiento de drogas y alcohol; servicios de agresión sexual.

**Sección 2, Parte B:** Los niños de 12 años o más pueden dar su consentimiento para compartir o retener información sobre los servicios de salud mental o discapacidades del desarrollo que están recibiendo. El proveedor médico de salud mental o discapacidades del desarrollo puede preguntarle al niño o adolescente si quiere que se revele su información.

**Sección 2: Las Partes A y B DEBEN completarse a menos que:** el niño no cumpla con el requisito de edad especificado (10 o 12 años); el niño no quiera o no pueda completar esta sección; el niño no identifique ningún servicio protegido; el niño no identifique ningún servicio de salud mental o discapacidades del desarrollo; O, el padre/tutor/representante legalmente autorizado del niño niegue el permiso para que el HHCM se reúna a solas con el niño para revisar la Sección 2. Si se aplica alguna de estas razones, el HHCM **DEBE** documentar claramente las razones en el registro del niño y completar el *Rastreador de administración de atención en el Health Home para la Sección 2*, y continuar con los intentos de obtener esta información en una fecha posterior para ayudar al miembro con coordinar estos servicios.

### SECCIÓN 2, PARTE A:

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que puedo dar mi consentimiento para ciertos tipos de servicios de atención

NOMBRE DEL NIÑO

médica sin que mi padre, tutor o representante legalmente autorizado lo sepan. Estos servicios son: planificación familiar; anticoncepción de emergencia; aborto; proveedores de pruebas y tratamiento del VIH; prevención del VIH; profilaxis previa y posterior a la exposición (PrEP/PEP); pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual: atención prenatal, trabajo de parto/parto; tratamiento de drogas y alcohol; servicios de agresión sexual. También puedo decidir quién puede obtener y compartir mi información sobre estos servicios.

Cualquier cambio hecho en esta sección debe tener las iniciales y la fecha del niño y del administrador de atención del Health Home (HHCM) abajo.

Revoco mi permiso para compartir información sobre estos servicios con mis padres, tutor o representante legalmente autorizado, de la siguiente manera:

Doy mi consentimiento para compartir información sobre estos servicios con mis padres, tutor o representante legalmente autorizado mencionados abajo.

Tipos de servicios y nombres del proveedor o de la agencia	Fecha	Nombre del padre, cuidador o representante legalmente autorizado	Iniciales del niño	Fecha	Iniciales del HHCM	Fecha

Cualquier cambio hecho en esta sección debe tener las iniciales y la fecha del niño y del administrador de atención del Health Home (HHCM) abajo.

Revoco mi permiso para compartir información sobre estos servicios con el proveedor, de la siguiente manera:

Doy mi consentimiento para compartir información sobre estos servicios con mis proveedores mencionados abajo.

Tipos de servicios y nombres del proveedor o de la agencia	Fecha	Nombre de los proveedores:	Iniciales del niño	Fecha	Iniciales del HHCM	Fecha

**SECCIÓN 2, PARTE B:** Si recibe servicios de salud mental o discapacidades del desarrollo y tiene más de doce años, su proveedor puede preguntarle si quiere compartir su información con otros. Si se opone, su proveedor puede: denegar la solicitud en su totalidad, enviar solo una parte del registro o enviar un resumen de su registro clínico.

Cualquier cambio hecho en esta sección debe tener las iniciales y la fecha del niño y del administrador de atención del Health Home (HHCM) abajo.  
 Revoco mi permiso para compartir información sobre estos servicios con mis padres, tutor o representante legalmente autorizado, de la siguiente manera:

**Doy mi consentimiento para compartir información sobre estos servicios con mis padres, tutor o representante legalmente autorizado mencionados abajo:**

Tipos de servicios y nombres del proveedor o de la agencia	Fecha	Nombre del padre, cuidador o representante legalmente autorizado	Iniciales del niño	Fecha	Iniciales del HHCM	Fecha
Servicios de salud mental:						
Servicios de discapacidades del desarrollo:						

Cualquier cambio hecho en esta sección debe tener las iniciales y la fecha del niño y del administrador de atención del Health Home (HHCM) abajo.  
 Revoco mi permiso para compartir información sobre estos servicios con el proveedor, de la siguiente manera:

**Doy mi consentimiento para compartir información sobre estos servicios con los proveedores mencionados abajo:**

Tipos de servicios y nombres del proveedor o de la agencia	Fecha	Nombre de los proveedores:	Iniciales del niño	Fecha	Iniciales del HHCM	Fecha
Servicios de salud mental:						
Servicios de discapacidades del desarrollo:						

Al firmar la Sección 2 de este formulario, acepto que:

1. He tenido la oportunidad de revisar la hoja de preguntas frecuentes del Health Home y he recibido respuesta a mis preguntas, y
2. El Health Home y cualquier persona que haya nombrado en la Sección 2 de este formulario pueden compartir mi información médica como se indica arriba. Pueden compartir información anterior y posterior a la fecha en que firmo este formulario.

Puedo cambiar la **Sección 2** de este formulario en cualquier momento. Si hago cambios, tengo que poner mis iniciales y la fecha al lado de esos cambios (o dentro de la casilla designada).

Entiendo que este formulario de consentimiento, **Sección 2**, reemplaza a otros formularios de consentimiento para compartir información del Health Home, **Sección 2**, que pueda haber firmado antes. La Sección 2 permanece vigente hasta que:

- La revoque, o
- Ya no sea elegible para un Health Home, o
- El Health Home deje de prestar servicios, o
- Mi padre, tutor o representante legalmente autorizado me retire del programa de Health Home, o
- Llegue a la edad o situación para dar mi propio consentimiento (completar DOH-5055).

NOMBRE DEL NIÑO EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO

FIRMA DEL NIÑO

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN DEL HEALTH HOME

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN DEL HEALTH HOME

FECHA