

## Autorización para la divulgación de información médica protegida y educativa a la BFCS

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y EDUCATIVA A LA BFCS

AVISO: complete un formulario separado para cada proveedor de atención médica, asociado o escuela.

- Escriba el nombre y la fecha de nacimiento de la persona cuyos registros desea que se divulguen a la BFCS. Escriba la fecha de nacimiento en el formato MM/DD/AAAA.
- **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN** describe el motivo por el que la BFCS solicita esta información. Se enumeran los apoyos familiares de Servicios Médicos Especiales (SMS) y Socios en Salud (PIH). La información puede ser utilizada por el personal de SMS y/o PIH para prestar los servicios de la mejor manera posible a su familia.
- **FECHAS DE DIVULGACIÓN** incluyen las fechas de comienzo y finalización de los servicios. Si los servicios todavía están en curso, indique la fecha de hoy como la fecha de finalización.
- **REGISTROS COMPLETOS:** marcar esta casilla permite la divulgación de TODOS los registros enumerados en ella. Para especificar la divulgación de solo determinados tipos de registros, no marque la casilla Registros completos y, en su lugar, marque las casillas al lado de los tipos de registros que le gustaría que se divulguen.
- Las secciones **INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE** y **REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS** exigen un permiso específico para que se divulguen. Para que se divulguen los registros de estas dos secciones, debe marcar la casilla junto a los registros que acepta que se divulguen.
- **REVOCACIÓN:** la divulgación de la información médica protegida y educativa puede revocarse en cualquier momento por escrito.
- **VENCIMIENTO:** la capacidad de divulgar información médica protegida y educativa en virtud de esta autorización vencerá a los doce (12) meses de la fecha de su firma. Se deberá firmar una nueva autorización después de que finalice ese período de 12 meses para que se divulgue cualquier otra información.
- Lea detenidamente la autorización y luego firme, imprima y colóquela la fecha al formulario en la parte inferior donde se indica.
  - **Tenga en cuenta:** si se marcan las opciones Tutor u Otro, deben adjuntarse copias de la documentación legal correspondiente a la facultad del representante (orden de tutela, declaración de representante autorizado, etc.)

### GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ❖ **Plan 504:** plan de adaptación para los estudiantes que pueden aprender en un entorno de educación general con las modificaciones indicadas.
- ❖ Los **Agentes de la BFCS** son empleados de organizaciones comunitarias que prestan servicios en nombre de la BFCS. (p. ej., Amoskeag Health)
- ❖ La **Oficina de Servicios Centrados en la Familia (BFCS)** administra programas y servicios para niños y jóvenes, desde el nacimiento a los 21 años, que tienen necesidades especiales de atención médica y sus familias. Incluye el apoyo familiar de SMS y PIH.
- ❖ **División de Apoyo y Servicios a Largo Plazo (LTSS):** una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) que incluye la Oficina de Servicios Centrados en la Familia (BFCS), la Oficina de Servicios para el Desarrollo (BDS) y la Oficina de Servicios para Ancianos y Adultos (BEAS).
- ❖ **Servicios y Apoyos Tempranos Centrados en la Familia (FCESS):** apoyos y servicios de Intervención Temprana para las familias y sus hijos de 0 a 3 años, que tienen un retraso en el desarrollo, una discapacidad o una condición crónica que afecta el desarrollo.
- ❖ **Plan Educativo Individualizado (PEI):** un documento educativo para niños de 3 a 21 años, que se centra en los servicios de educación especial y servicios relacionados.
- ❖ **Plan de Servicio Familiar individualizado (IFSP):** un plan escrito de servicios de tratamiento que se basa en una evaluación profunda de las necesidades del niño y las necesidades y preocupaciones de la familia de niños menores de tres años.
- ❖ **Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS)**
- ❖ **Socios en Salud (PIH):** apoyo familiar, recursos y conexiones con otros servicios comunitarios para niños con condiciones crónicas de 0 a 21 años.

**Autorización para la divulgación de información médica protegida y educativa a la BFCS**

- ❖ **Servicios Médicos Especiales (SMS):** programas y servicios financiados por el Título V para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica, que incluyen Coordinación de Atención Médica, Red Integral de Nutrición, Alimentación y Deglución, Clínicas/Consultas de Atención Compleja y Clínicas de Desarrollo Infantil.

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA

Por la presente, autorizo al siguiente proveedor de atención médica o educador a divulgar la información médica protegida y educativa de mis registros:

\_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del proveedor de atención médica o educador

La información debe **DIVULGARSE AL:** Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de NH  
 División de Apoyo y Servicios a Largo Plazo, Oficina de Servicios Centrados en la Familia,  
 129 Pleasant Street, Thayer Building  
 Concord, NH 03301

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:** para determinaciones de elegibilidad, atención continua, comunicación y consulta de los Servicios Médicos Especiales (SMS), que incluyen: coordinación de atención médica, consulta sobre nutrición, alimentación y deglución; consulta de atención compleja, y clínicas de desarrollo infantil, así como el programa de apoyo familiar de Socios en Salud (PIH).

Entiendo que la información que autorizo que se divulgue a la BFCS y sus agentes\* puede ser divulgada nuevamente y ya no estar protegida por los reglamentos federales de privacidad. Por lo demás, esta información no será objeto de divulgación por parte de la BFCS sin mi autorización específica por *ESCRITO*, salvo que la ley lo autorice. Entiendo que el intercambio de mi información podrá ser por transmisión electrónica, p. ej., fax, correo electrónico, teléfono móvil o internet.

**DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.**

<input type="checkbox"/> Registros completos (o marque todas las casillas correspondientes a continuación)	<input type="checkbox"/> Exámenes médicos, evaluaciones y/o resultados de diagnósticos	<input type="checkbox"/> Evaluaciones cognitivas y/o evaluaciones trienales
<input type="checkbox"/> Resúmenes de admisiones y altas hospitalarias	<input type="checkbox"/> Electroencefalogramas	<input type="checkbox"/> Terapias (fisioterapia/terapia ocupacional/patología del habla y lenguaje)
<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud pediátrica	<input type="checkbox"/> Registros educativos (PEI/IFSP/504)
<input type="checkbox"/> Evaluaciones médicas	<input type="checkbox"/> Salud conductual	<input type="checkbox"/> Informes de emergencia
<input type="checkbox"/> Notas de consultorio/progreso	<input type="checkbox"/> Exámenes/evaluaciones del desarrollo	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos
<input type="checkbox"/> Notas de nutrición y estudios de deglución	<input type="checkbox"/> Radiografías/exploraciones por TAC/IRM	<input type="checkbox"/> Registros de salud mental
<input type="checkbox"/> Informes de emergencia		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		

**INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE: AI MARCAR CUALQUIERA DE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN, y al firmar este formulario, autorizo específicamente la divulgación de mi historial médico, que puede contener la siguiente información médica sensible.**

<b><u>DIVULGACIÓN</u></b>	<b><u>INFORMACIÓN</u></b>
<input type="checkbox"/>	Mis registros médicos, que pueden contener información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, si corresponde.
<input type="checkbox"/>	Mis resultados o tratamiento de VIH, SIDA o complejo relacionado con el SIDA (ARC), si corresponde.
<input type="checkbox"/>	Mis notas de psicoterapia, si corresponde.
<input type="checkbox"/>	Mis registros de pruebas genéticas, si corresponde.

**REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUD) AI MARCAR ESTA CASILLA y firmar este formulario, autorizo específicamente, si corresponde, la divulgación de cualquier registro de diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por consumo de sustancias en mi registro médico que se rige por el reglamento federal (42 CFR Parte 2) al DHHS para el propósito específico de esta autorización. Mis registros de SUD no pueden volver a divulgarse, excepto como se indica en este formulario de autorización, sin mi consentimiento expreso por escrito.**

**Autorización para la divulgación de información médica protegida y educativa a la BFCS**

Al marcar esta casilla, autorizo la divulgación de mis registros de diagnóstico, tratamiento o derivación de SUD para los fines que se indican en este formulario.

**REVOCACIÓN:** entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al DHHS o la BFCS por escrito, a la dirección indicada anteriormente, en cualquier momento, excepto en la medida en que la autorización ya haya sido utilizada para solicitar información antes de mi revocación.

**VENCIMIENTO:** esta autorización vencerá **12 meses** después de la fecha de su firma.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Entiendo que esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para SMS y PIH y que si no autorizo la divulgación de mis registros médicos e información, es posible que no pueda demostrar que califico para estos beneficios en virtud de la LTSS/BFCS.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del solicitante o representante legal

Facultad del representante:  Padre/Madre de menor  Tutor  
 Otro: \_\_\_\_\_

**AVISO:** si se marcan las opciones Tutor u Otro, DEBEN adjuntarse copias de la documentación legal correspondiente a la facultad del representante (orden de tutela, declaración de representante autorizado, etc.)

LA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN EFECTIVA COMO EL ORIGINAL