



Consentimiento del equipo de atención de NC InCK

Nombre del niño/paciente:

Fecha de nacimiento del niño: / /

Nombre del padre/madre/tutor:

Idioma principal del tutor:

¿Necesita el paciente o el tutor un intérprete? Sí No

Atención Integrada para Niños de Carolina del Norte (North Carolina Integrated Care for Kids, NC InCK) es un modelo para mejorar el bienestar de los niños asegurados con Medicaid y los programas de seguro médico CHIP en cinco condados: Alamance, Durham, Granville, Orange y Vance. NC InCK tiene como fin apoyar y abarcar los servicios médicos, sociales y de educación de los niños, desde el nacimiento hasta la edad de 20 años.

Yo, [nombre del paciente/tutor] _____ acepto que Duke University Health System, Inc., y Duke University, incluyendo sus médicos, empleados, capacitadores, estudiantes y contratistas afiliados (en conjunto, "NC InCK") puedan acceder, recibir o compartir **información médica, social y educativa relacionada con el niño/paciente** para fortalecer la coordinación de la atención integrada del niño con el equipo de atención, que incluye a los proveedores de atención médica, los administradores de la atención, escuelas y apoyos educativos, oficinas de bienestar infantil, proveedores de servicios sociales del niño y otras personas que lo apoyen.

Esta autorización es para:

- 1) Permitir que el equipo de atención comunique y apoye las necesidades médicas, sociales y educativas del niño;
- 2) Compartir la información del niño con el equipo de atención;
- 3) Dar al equipo de atención acceso al perfil del niño en la plataforma VirtualHealth de InCK; y
- 4) Compartir el Plan de acción de InCK del niño con el equipo de atención (si se hizo uno).

¿En qué se beneficia el niño si se comparte?

NC InCK diseñó esta autorización para ayudar al equipo de atención del niño a identificar y hablar con más facilidad sobre las necesidades de atención del niño y a coordinar esa atención.

¿Cómo se compartirá la información?

La información puede compartirse en conversaciones entre el equipo de atención pasado, actual y futuro, por medio de mensajes o en plataformas médicas en línea, en comunicaciones verbales y por escrito. La información se puede compartir por medio del perfil del niño en la plataforma VirtualHealth InCK (ver más información abajo), incluyendo cualquier documento que cargue NC InCK, el equipo de atención o la familia.

¿Quién tendrá acceso a la información?

Cualquiera de los equipos de atención mencionados abajo podrá compartir información sobre las necesidades de atención del niño, acceder al Plan de acción compartido del niño y al perfil del niño en VirtualHealth.

¿Qué se compartirá?

- Información del niño, incluyendo el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el condado donde vive.
- Información de contacto del tutor, incluyendo el nombre, la dirección, el condado donde vive, el teléfono y el correo electrónico.
- Información de Medicaid, incluyendo el plan actual de Medicaid del niño, el nombre del proveedor de atención primaria, su correo electrónico y teléfono.
- Información de la administración de la atención incluyendo el responsable de la organización de la administración de la atención del niño, las necesidades, identificadas para el niño, de atención y de servicio, información sobre los niveles de apoyo para el niño y el nombre e información de contacto de los administradores de la atención.
- Plan de acción compartido es una herramienta breve, centrada en la familia, que incluye la información de contacto de los miembros del equipo de atención, las fortalezas del niño, los objetivos del niño y la familia por orden de prioridad y los planes para alcanzar los objetivos. Algunos de los niños y jóvenes del modelo de InCK completan un Plan de acción compartido para

permitir que el equipo de atención y la familia trabajen juntos para apoyar al niño.

- Necesidades de atención y servicio actuales del niño, incluyendo la petición del tutor de servicios para el tutor y el niño para ayudar a alcanzar los objetivos del niño.
- Notas del proveedor o de administración de la atención, incluyendo condiciones médicas delicadas, condiciones relacionadas con traumas o servicios psiquiátricos relacionados.

Nos referiremos a esta información en conjunto como “Información del niño” para los fines de esta autorización.

Información compartida sin autorización

HIPAA permite a que se comparta la información del niño para que los proveedores lo traten y cobren.

¿Puedo cancelar esta autorización?

Sí, puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a ncinckconsent@duke.edu. Lea abajo para obtener más información de cómo cancelar su autorización. Para obtener más información o ayuda, puede comunicarse con NC InCK en la misma dirección de correo electrónico.

Cómo especificar el equipo de atención: El equipo de atención incluye organizaciones actuales y futuras y a personas encargadas de la coordinación para cumplir las necesidades médicas, sociales y educativas del niño. Los tutores deben especificar aquí la “Entidad” (consultorio médico, escuela, organización o agencia) para la autorización con el fin de permitir que el equipo de atención comparta información. Los tutores también deben especificar un “contacto preferido” en cada equipo de atención; sin embargo, el equipo de atención puede compartir información con otras personas dentro de la entidad del equipo de atención para coordinar la atención del niño.

Proveedores de salud física y salud mental del niño (por ejemplo: pediatra, consultorio médico de atención primaria, especialistas o terapeutas):

Nombre del consultorio médico	Contacto preferido (Nombre y puesto)	Teléfono	Correo electrónico

Escuelas y apoyos educativos (por ejemplo: la escuela del niño, el centro de cuidado infantil)

Escuela o centro	Contacto preferido (Nombre y puesto)	Teléfono	Correo electrónico

Oficinas de bienestar infantil (trabajador social) u oficinas del tribunal de menores (consejero del tribunal)

Nombre de la oficina	Contacto preferido (Nombre y puesto)	Teléfono	Correo electrónico

--	--	--	--

Apoyo para comida/nutrición o servicios de vivienda para el niño (por ejemplo: coordinador del Programa WIC):

Organización/agencia	Contacto preferido (Nombre y puesto)	Teléfono	Correo electrónico

Otras personas que apoyan al niño (por ejemplo: vecinos, instructores, otros familiares o cualquier otra persona):

Organización/agencia (si aplica)	Contacto preferido (Nombre y puesto)	Teléfono	Correo electrónico

Entiendo que puedo **cancelar esta Autorización** por escrito **en cualquier momento** presentando la solicitud de cancelación por escrito (la “solicitud de cancelación”) a: ncinckconsent@duke.edu. Entiendo que la cancelación no aplica a la información que ya se reveló según permite esta Autorización. Entiendo que en lo que se refiere a la información que compartió NC InCK o el equipo de atención, con terceros, para los fines descritos en esta Autorización, NC InCK no conserva el control del uso ni de la revelación futura que puedan hacer esos terceros u otros destinatarios de esa información, y las leyes de privacidad federales podrían ya no protegerla.

Entiendo que **yo decido si firmo esta Autorización y puedo negarme** a firmarla. Si no firmo esta Autorización, ciertos miembros del equipo de atención, el niño y su familia no tendrán acceso a VirtualHealth y a algunas de sus funciones de planificación integrada. El equipo de atención continuará prestando atención al niño y yo recibiré las facturas asociadas a la atención médica del niño. Esta Autorización caducará cuando suceda el primero de estos: (i) el quinto (5.º) día laborable después de la



fecha en que el niño deje de estar inscrito en el modelo InCK o (ii) el quinto (5.º) día laborable después de la fecha en que NC InCK reciba una solicitud de cancelación en ncinckconsent@duke.edu.

Firma del paciente/padre/madre/tutor:

Nombre en letra de molde:

Relación con el paciente:

Fecha:

Envíe este consentimiento completado a personalhealthadvocate@unhealth.unc.edu