



AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UN COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN A FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

Nombre del joven (Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento del joven				
Dirección del joven							
Nombre de la fuente de derivación							
Dirección de la fuente de derivación							
<p>Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relacionada con la atención y el tratamiento del joven antes mencionado sea divulgada tal como se indica en este formulario. De conformidad con la Ley Estatal de Nueva York y con el Reglamento de Privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) de 1996, comprendo que:</p> <ul style="list-style-type: none">Se requiere una autorización específica por separado para utilizar o divulgar información sobre diagnósticos o tratamientos relativos al abuso de drogas o alcohol, o información confidencial relacionada con el VIH.Tengo derecho a saber qué información sobre el joven se ha compartido, así como el motivo, el momento y la persona con quien se compartió.Tengo derecho a cancelar mi autorización para divulgar información notificándolo por escrito a la agencia que realiza la derivación o al coordinador del PACC, o de retirarme del proceso de derivación del RTF en cualquier momento antes de que se divulgue. Esto evitará que un PACC comparta información después de que se haya retirado mi consentimiento.Asimismo, comprendo que el Comité de Certificación de Preadmisión (Preadmission Certification Committee, PACC) puede estar integrado por representantes de los siguientes organismos:<table border="0"><tr><td>Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health)</td><td>Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services)</td><td>Departamento de Educación del Estado (State Education Department)</td><td>Único Punto de Acceso (Single Point of Access, SPOA)</td></tr></table>Autorizo a que se divulgue información explicativa y clínica del joven antes mencionado a un Comité de Certificación de Preadmisión (PACC). Comprendo que un Comité de Certificación de Preadmisión revisará y evaluará dicha información a fin de determinar si el joven reúne los requisitos para recibir servicios en un Centro de Tratamiento Residencial, y mantendrá la confidencialidad de dicha información. Comprendo que la información se compartirá por escrito, en reuniones, por teléfono o mediante datos computarizados.Autorizo a que un Comité de Certificación de Preadmisión divulgue la información antedicha al Centro de Tratamiento Residencial (Residential Treatment Facility, RTF) pertinente a fin de derivar al joven para su posible admisión, que podría incluir una derivación a un RTF fuera de esta región. Comprendo que dicha información se utilizará para evaluar la posible admisión del joven en el RTF, y que el RTF mantendrá la confidencialidad de esa información.En caso del que el PACC determine que el joven reúne los requisitos para el RTF, autorizo a que el Comité de Certificación de Preadmisión divulgue la información antedicha al Comité de Educación Especial (Committee on Special Education, CSE) del Distrito Escolar de Residencia _____ del joven, para solicitar que el CSE la evalúe. Autorizo a que el PACC obtenga la evaluación y las recomendaciones por escrito del CSE para los servicios educativos correspondientes mientras el joven asista a un Centro de Tratamiento Residencial (Ley del SED, artículo 81 sección 4005.1.d-e). Si, en el momento de la derivación, el joven se encuentra en el hospital, el distrito escolar de residencia será el que corresponda al momento en que ingresó al hospital.				Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health)	Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services)	Departamento de Educación del Estado (State Education Department)	Único Punto de Acceso (Single Point of Access, SPOA)
Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health)	Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services)	Departamento de Educación del Estado (State Education Department)	Único Punto de Acceso (Single Point of Access, SPOA)				



AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UN COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN A FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

- Este consentimiento para divulgar información perderá vigor: a) a los seis meses de la fecha de la firma si el joven no es admitido en un RTF, o b) cuando el joven reciba el alta de un RTF. El PACC podría solicitar una autorización actualizada para continuar con el proceso de admisión y derivación.

Esta autorización para utilizar o divulgar información protegida de salud de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales deberá ser otorgada por el joven y por su padre/madre/tutor legal, según corresponda. La información puede divulgarse de conformidad con esta autorización a las partes aquí indicadas que tengan una necesidad demostrable de la información, siempre que, en la medida de lo razonable, no esté previsto que la divulgación sea perjudicial para el paciente u otras personas.

NOTA SOBRE LA INFORMACIÓN QUE ACOMPAÑA A ESTE FORMULARIO DE DIVULGACIÓN: Esta información que se le ha divulgado a usted proviene de registros protegidos por las leyes federales de confidencialidad (Título 42, Parte 2 del CFR y la HIPAA). Las leyes federales le prohíben a usted divulgar dicha información a menos que esté expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a la cual le pertenece o según lo permita el Título 42, Parte 2 del CFR o la HIPAA. **Para estos fines, NO es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo.** Las leyes federales restringen todo uso de información a los efectos de investigar o procesar judicialmente a un paciente por abuso de drogas o alcohol.

Firma del joven (cuando corresponda y esté disponible)

Firma del padre/madre/tutor legal

Parentesco

Aclaración de la firma en letra de imprenta

Fecha de la firma

Firma del testigo

Título

Aclaración de la firma en letra de imprenta

Fecha de la firma

Firma de la persona que completa el formulario (si no es el padre/madre/tutor)

Título

Aclaración de la firma en letra de imprenta

Fecha de la firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SALUD MENTAL (FOR OMH USE ONLY)

CONSENT HAS BEEN:

- Revoked in entirety
- Partially revoked as follows:
- Letter (Attach Copy)

DATE REQUEST RECEIVED: _____

OMH REPRESENTATIVE RECEIVING REQUEST:

(OMH REPRESENTATIVE'S FULL NAME AND TITLE)

(OMH REPRESENTATIVE FULL ADDRESS)