Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Instrucciones: complete este formulario y preséntelo al C-SPOA de origen del solicitante para solicitar la Coordinación de C-SPOA. Notan: Para pedir Tratamiento comunitario asertivo para jóvenes (ACT), Residencia comunitaria para niños (CCR) o Instalación de tratamiento residencial (RTF), complete y presente la parte 1 del C-SPOA (este formulario) y la parte 2 al C-SPOA del solicitante.

Información del joven solicitante

Nombre del joven en uso

Pronombres en uso

Sexo asignado en el certificado de nacimiento del joven
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

Identidad de género
- ☐ Agénero
- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No binario/Genderqueer
- ☐ X
- ☐ Otro: _____

Raza del joven: elija todas las opciones que correspondan
- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco

Idioma principal/métodos de comunicación:

¿Habla el joven inglés con fluidez? ☐ Sí ☐ No

Origen étnico del joven ☐ Hispano ☐ No hispano

SSN

Domicilio permanente, si corresponde

Ubicación actual (si es diferente al de casa)

¿Tiene el joven cobertura de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

N.° de Medicaid/CIN

Marque si el joven es elegible para: ☐ Título IV-E ☐ SSI ☐ SSDI

Las personas con alguno de estos estados migratorios pueden ser elegibles para recibir Medicaid:
- Ciudadano
- Residente permanente (titular de la tarjeta de residente)
- Refugiado o asilado
- Titular de una visa U o T (para víctimas de delitos o de trata de personas)
- Titular de la tarjeta de autorización de empleo
- Beneficiario de Acción Diferida para los Llegados en la Juventud (DACA)

¿Corresponde la condición migratoria del joven a una de las categorías de arriba? ☐ Sí ☐ No

¿Existe documentación disponible para confirmar que la condición migratoria del joven corresponde a una de las categorías de arriba? ☐ S í ☐ No

¿Tiene el joven seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Plan del seguro

Número de póliza del seguro

¿Está inscrito el joven en la atención médica a domicilio? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si la respuesta es "Sí", dé información de contacto:
Nombre de la agencia/Nombre del HHCM:
Número de teléfono: **Correo electrónico:**

Información de contacto del remitente (si no es el cuidador)

Nombre/cargo del remitente

Organización/programa que hace la remisión

Dirección del remitente

Teléfono del remitente

Fax del remitente

Correo electrónico del remitente

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Información de contacto del cuidador 1		Información de contacto del cuidador 2	
Nombre completo ¿Cuál es el contacto principal? ☐		**Nombre completo** ¿Cuál es el contacto principal? ☐	
Dirección		**Dirección**	
Teléfono	**Correo electrónico**	**Teléfono**	**Correo electrónico**
Relación con el joven	**¿Es el tutor legal?** ☐ Sí ☐ No	**Relación con el joven**	**¿Es el tutor legal?** ☐ Sí ☐ No
Idioma principal del cuidador	**¿Habla inglés con fluidez?** ☐ Sí ☐ No	**Idioma principal del cuidador**	**¿Habla inglés con fluidez?** ☐ Sí ☐ No

Estado de la custodia legal

- ☐ Los dos padres juntos
- ☐ Solo el padre biológico
- ☐ Solo la madre biológica
- ☐ Custodia compartida
- ☐ Padres adoptivos
- ☐ OCFS y Tribunal de Familia. Identifique el estatus
  - ☐ Caso Pendiente
  - ☐ Persona que necesita supervisión (PINS)
  - ☐ Delincuente juvenil
  - ☐ Delincuente juvenil
  - ☐ Menor infractor
  - ☐ Colocación restrictiva
- ☐ Otro, familiar
- ☐ Menor emancipado
- ☐ DSS. Identifique la situación:
- ☐ ACS. Identifique la agencia de planificación de casos:

Tenga en cuenta cualquier información sobre el estatus de custodia (p. ej., acceso restringido):

Motivo de la remisión

Motivo de la remisión (identificar las necesidades e intereses del servicio. Adjunte otra hoja, si la necesita).

Diagnóstico de salud mental (si se conoce)

¿Tiene el menor un diagnóstico de salud mental? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	**De ser así, ¿cuál es el diagnóstico principal?**
	¿Cuándo se hizo el diagnóstico?
¿Determinó un profesional autorizado de las artes curativas que el joven cumple los criterios de trastorno emocional grave? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	**De ser así, ¿cuándo se tomó la determinación?**

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Puntuaciones de la prueba de IQ (si están disponibles)			
Escala completa	**Subescala verbal**, según corresponda	**Subescala no verbal**, según corresponda	**Fecha de la prueba**

Proveedores actuales	
Escuela y grado	**Terapeuta/Agencia del terapeuta**
Psiquiatra/Agencia del psiquiatra	**Otro proveedor de servicios/agencia**

Información de servicio adicional (opcional si se presenta con la parte 2 de la solicitud del C SPOA)	
Cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos 12 meses	**Cantidad de visitas al Departamento de Emergencias (Emergency Department) en los últimos 12 meses**
En este momento, ¿recibe el joven servicios preventivos mediante DSS o ACS? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	**Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del proveedor de prevención**
¿Está el joven en este momento en crianza temporal? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	**¿Está el joven disponible para adopción?** ☐ Sí ☐ No
¿El joven actualmente es elegible para la OPWDD? ☐ Sí ☐ No ☐ Solicitud pendiente	**Participación en otros sistemas** (p. ej., bienestar infantil, etc.) Especifique

Pantalla preliminar de elegibilidad para HHCMA si aún no está conectado			
¿Tiene el joven dos o más condiciones crónicas (p. ej., asma, diabetes, trastorno por consumo de sustancias)?	☑ Sí	☑ No	☑ Se desconoce
¿Tiene el joven VIH/sida?	☑ Sí	☑ No	☑ Se desconoce
¿Cree que el joven tiene un trastorno emocional grave? (El joven cumple uno de los criterios de abajo) • Tiene dificultades con el cuidado personal, la vida familiar, las relaciones sociales, el autocontrol o el aprendizaje. • Tiene síntomas suicidas. • Tiene síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.). • Corre riesgo de causar lesiones personales o daños a la propiedad. • Su comportamiento genera el riesgo de que se le aparte de su grupo familiar.	☑ Sí	☑ No	☑ Se desconoce
¿Estuvo el joven expuesto a diversos eventos traumáticos que dejaron un impacto de largo plazo y de gran alcance?	☑ Sí	☑ No	☑ Se desconoce

Si tiene documentación de respaldo sobre alguno de los diagnósticos o condiciones de arriba, adjúntela. Complete el consentimiento OBLIGATORIO adjunto para revelar información para que se procese esta solicitud del SPOA.

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

CONSENTIMIENTO OBLIGATORIO PARA REVELAR INFORMACIÓN
para el Punto Único de Acceso (SPOA), Condado ("Condado")

La persona remitida o su tutor legal/representante personal deben completar esta autorización. Esta autorización permite usar, revelar y volver a revelar información médica protegida (PHI) según las leyes y reglamentaciones estatales y federales que rigen la revelación de registros confidenciales, y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales que rige la revelación de registros de drogas y alcohol para coordinar la atención, la prestación de servicios, el pago de los servicios y las operaciones de atención médica.

AUTORIZO la comunicación y el intercambio de la información de identificación personal (PII) y la PHI entre el equipo del Punto Único de Acceso del Condado (SPOA) (compuesto por empleados del estado y del condado, y representantes de proveedores de servicios locales), otros proveedores, (consulte la lista adjunta de Proveedores en la página 3); **Y** la fuente de remisión (persona/cargo/agencia/escuela o centro correccional):

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN que se usará/revelará y volverá a revelar *(marque TODAS las opciones que correspondan):* ☐ **TODAS las que se mencionan abajo**

☐ Remisión (incluyendo la información de contacto)
☐ Evaluación psiquiátrica
☐ Evaluación de salud mental/psicosocial
☐ Pruebas psicológicas o neurológicas
☐ Documentación de necesidad médica
☐ Historia psicosocial y evaluación
☐ Información sobre planificación familiar

Tratamiento para pacientes hospitalizados/ambulatorios

☐ Información económica o de seguros
☐ Resumen del alta/plan de tratamiento
☐ Informe de investigación previo a la sentencia
☐ Información relacionada con el VIH/sida
☐ Otro (especifique):

☐ Diagnóstico
☐ Salud física
☐ Medicamentos (pasados y presentes)
☐ Consumo de sustancias
☐ Registros escolares (incluyendo las pruebas)

PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA INFORMACIÓN:
Permitir que SPOA: haga remisiones a los proveedores adecuados; consulte sobre la atención; participe en los servicios de administración de la atención; dé información sobre la planificación del alta a los proveedores que se mencionan en la página 2; coordine la atención entre proveedores y mediante centros de salud; y facilite la participación en los servicios a los que se accede mediante el SPOA.

ENTIENDO y RECONOZCO:

- Esta información no debe usarse, revelarse o volver a revelarse para ningún otro propósito que esta autorización no cubra;
- Cuando se revele, la persona que recibió la información podría volver a revelar la información médica, con algunas excepciones. Si autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/sida, el tratamiento por consumo de alcohol o drogas o el tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a revelar dicha información o usar la información revelada para cualquier otro fin sin mi autorización, a menos que lo permita la ley o norma federal o estatal;
- Autorizo la revelación de la información descrita arriba a los proveedores identificados en la página 2 de este formulario para los fines identificados en este formulario;
- Tengo derecho a revocar (anular) esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito en un formulario del **Condado.** Sé que mi revocación no afecta a la información revelada mientras la autorización estuvo en vigor;
- No estoy obligado a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará a mi capacidad para recibir tratamiento ni mi elegibilidad para recibir los beneficios;
- Tengo derecho a revisar y copiar mi propia PHI que se usará/revelará (según los requisitos de las reglamentaciones federales de protección de la privacidad en virtud del artículo 164.524 del título 45 del CFR);

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

POR LA PRESENTE AUTORIZO usar, revelar y volver a revelar la PHI indicada por y para las partes identificadas en este comunicado con la frecuencia necesaria para cumplir los fines identificados arriba, y esta autorización vencerá: (marque una opción)

☐ Cuando la persona nombrada en este documento ya no recibe servicios del SPOA del condado;

☐ Un año a partir de la fecha de la firma; ☐ Otro: _____

CERTIFICO QUE AUTORIZO el uso de la PHI como se establece en este documento. Firmando esta autorización, reconozco que la leí y la entendí. Se exime al centro, sus empleados, directivos y médicos de toda responsabilidad legal o responsabilidad derivada de la revelación de la información que se indica arriba en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

_____ _____ _____

FIRMA de la persona, padre o tutor legal **Nombre en letra imprenta de la persona que firma** **Fecha**

_____

Descripción de la autoridad del representante personal

_____ _____ _____

FIRMA del TESTIGO **Nombre en letra imprenta del testigo/cargo** **Fecha**

Lista de las agencias con las que el Comité del SPOA está autorizado a intercambiar información

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

PREFERENCIA DE COMUNICACION

El SPOA del Condado quiere respetar sus preferencias sobre la comunicación. Indique sus preferencias abajo.

Correo postal

¿Podemos enviar correo a su dirección con nuestra dirección de remitente en el sobre? ☐ Sí ☐ No

Teléfono:

Cuando llamemos, ¿podemos decir que somos el SPOA (Punto Único de Acceso) del Condado? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos dejar un mensaje de voz en los números de teléfono que nos dio? ☐ Sí ☐ No

---

PERMISO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Entiendo que la transmisión de información electrónica podría no ser segura. Las comunicaciones por correos electrónicos y por teléfono celular no están encriptados, y podrían existir otras preocupaciones incluyendo, entre otras: los correos electrónicos y los faxes podrían enviarse accidentalmente a la persona equivocada; el contenido podría cambiarse sin conocimiento; podrían existir copias; algunos correos electrónicos podrían contener virus dañinos; las comunicaciones por teléfonos celulares podrían ser interceptadas o escuchadas por otros; enviar mensajes de texto deja un registro de la comunicación; y existe el riesgo de pérdida del dispositivo que contiene información.

FIRMANDO ABAJO, POR LA PRESENTE AUTORIZO al equipo de salud mental del SPOA del Condado para que se comunique ***conmigo*** mediante *(marque todas las opciones que correspondan)*:

☐ FAX — Número de fax: _____

☐ CORREO ELECTRÓNICO — Dirección de correo electrónico: _____

☐ CELULAR — Número de teléfono: _____

☐ MENSAJE DE TEXTO — Número de teléfono: _____

Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento, pero no se puede aplicar de manera retroactiva a la comunicación que ya se envió.

FIRMA de la persona, padre o tutor legal	Nombre en letra imprenta de la persona que firma	Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal _____

FIRMA del TESTIGO	Nombre en letra imprenta del testigo/cargo	Fecha

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Consentimiento opcional de recuperación de la información del paciente del Punto Único de Acceso para Niños (C-SPOA)

_____
Nombre del condado del SPOA

El Comité del SPOA podría obtener información médica, incluyendo los expedientes médicos del joven, mediante un sistema informático administrado por una Organización regional de información médica (RHIO). Una RHIO usa un sistema informático para recopilar y almacenar información médica, incluyendo los expedientes médicos, de los médicos y proveedores de atención médica del joven que forman parte de la RHIO. La RHIO solo puede compartir la información médica del joven con las personas que usted diga que pueden ver u obtener esa información médica.

El Comité del SPOA también podría obtener información médica, incluyendo la historia de servicios del joven que Medicaid reembolsó mediante un sistema informático llamado PSYCKES, que está a cargo de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. PSYCKES es un sistema informático que mantiene la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York que contiene información médica de la base de datos de Medicaid del Estado de Nueva York, información médica de registros clínicos e información de otras bases de datos de salud del Estado de Nueva York. Para obtener una lista actualizada y más información sobre las bases de datos de salud del estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y consulte "About PSYCKES".

Si acepta y firma este formulario, los miembros del Comité del SPOA pueden obtener, ver, leer y copiar TODA la información médica del joven (incluyendo toda la información médica obtenida de la RHIO o de PSYCKES) que necesitan para coordinar la atención médica del joven, administrar dicha atención o estudiarla para mejorar la atención médica de los pacientes. La información médica que podrían obtener, ver, leer y copiar podría ser de antes o después de la fecha en la que firme este formulario. Sus expedientes médicos podrían tener información sobre enfermedades o lesiones que su hijo tuvo o pudo haber tenido antes; resultados de pruebas, como radiografías o exámenes de sangre; y los medicamentos que toma actualmente o que tomó antes. Los expedientes médicos de su hijo también pueden tener información sobre:

- Problemas con el consumo del alcohol o drogas
- Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar)
- Pruebas o enfermedades genéticas (hereditarias)
- VIH/sida
- Condiciones de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Medicamentos y dosis
- Información sobre el diagnóstico
- Alergias
- Resúmenes de la historia de consumo de sustancias
- Notas clínicas
- Resumen del alta
- Información de empleo
- Condición de vida
- Apoyos sociales
- Información de reclamos por servicios de salud
- Pruebas de laboratorio

La información médica es privada y no se puede dar a otras personas sin el permiso correspondiente en virtud de las leyes y normas del estado de Nueva York y de los EE. UU. Los proveedores que pueden obtener y ver la información médica de su hijo deben obedecer todas estas leyes. No pueden dar la información de su hijo a otras personas, a menos que un tutor adecuado lo apruebe o que la ley diga que pueden dar la información a otras personas. Esto es eficaz, ya sea que su información médica esté en un sistema informático o impresa. Algunas leyes cubren la atención para el VIH/sida, los expedientes de salud mental, y el alcoholismo o la drogadicción Los proveedores que usen la información médica de su hijo y el Comité del SPOA deben obedecer estas leyes y reglas.

Lea toda la información de este formulario antes de firmarlo:

☐ **DOY CONSENTIMIENTO** para que el Comité del SPOA tenga acceso a TODA la información médica de mi hijo mediante la RHIO o PSYCKES para dar atención a mi hijo o administrar la atención de mi hijo, para verificar si mi hijo está en un plan médico y qué cubre el plan.

☐ **NIEGO EL CONSENTIMIENTO** para que el Comité del SPOA acceda a TODA la información médica de mi hijo mediante la RHIO o PSYCKES; sin embargo, entiendo que mi proveedor podría obtener mi información incluso sin mi consentimiento para ciertos propósitos limitados si está específicamente autorizado por las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

Consentimiento para compartir información del paciente

Datos sobre la información del paciente y el proceso de consentimiento

1. **¿Cómo usarán los proveedores del SPOA mi información?**

   Si usted acepta, los proveedores del SPOA usarán su información médica para:
   - Coordinar su atención médica y administrarla.
   - Verificar si usted tiene seguro médico y qué es lo que cubre.
   - Estudiar y mejorar la atención médica de los pacientes.

   La opción que elija NO permitirá que las compañías de seguros médicos vean su información para decidir si le darán el seguro médico o si pagarán sus facturas.

2. **¿De dónde proviene mi información médica?**

   Su información médica proviene de los lugares y las personas que le han dado atención médica o seguros médicos en el pasado. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, planes médicos (compañías de seguros), el programa Medicaid y otros grupos que comparten información médica. Para obtener una lista de la información disponible en PSYCKES, visite el sitio web de PSYCKES en www.psyckes.org y consulte la sección "About PSYCKES", o pídale a su proveedor de tratamiento que se la imprima.

3. **¿Qué leyes y reglas tratan la manera en que se puede compartir mi información médica?**

   Estas leyes y reglamentaciones incluyen la Ley de Salud Mental de Nueva York, artículo 33.13; la Ley de Salud Pública de Nueva York, artículo 27-F; y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo la parte 2 del título 42 del CFR y las partes 160 y 164 del título 45 del CFR (que son las reglas conocidas como "HIPAA").

4. **Si acepto, ¿quién puede obtener y ver mi información?**

   Las únicas personas que pueden ver su información médica son aquellas que usted apruebe para que puedan obtenerla y verla, como los médicos y otras personas que trabajan para el SPOA y que participan en su atención médica, y las personas que trabajan para un proveedor del SPOA que está a cargo de su atención para ayudar a verificar su seguro médico, o para estudiar y mejorar la atención médica de todos los pacientes.

5. **¿Qué sucede si una persona usa mi información y yo no acepté?**

   Si cree que una persona usó su información y usted no aceptó dar a esta persona su información, comuníquese con uno de los proveedores que usted haya aprobado para que pudiera ver sus registros, con el SPOA llamando al_____ _____, con la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos llamando al (212) 637-2800 o con la Oficina de Relaciones con el Cliente de Salud Mental del estado de Nueva York llamando al 800-597-8481.

6. **¿Cuánto tiempo dura mi consentimiento?**

   Su consentimiento durará hasta el día que usted lo retire, hasta que el SPOA deje de funcionar, o tres años después de la última fecha en la que haya recibido servicios del SPOA, lo que suceda primero.

7. **¿Qué sucede si cambio de opinión más adelante y quiero anular mi consentimiento?**

   Puede anular su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario de anulación del consentimiento y dándoselo al SPOA. Puede obtener este formulario llamando al_____. Nota: aunque más adelante decida anular su consentimiento, los proveedores que ya tienen su información no tienen que eliminarla de sus registros.

8. **¿Cómo puedo obtener otra copia de este formulario?**
   Puede obtener una copia de este formulario después de firmarlo.