

**CHILD AND FAMILY CONNECTIONS
CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR INFORMACIÓN PERSONALMENTE IDENTIFICABLE (PII)
Y FACTURAR BENEFICIOS PÚBLICOS**

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre
del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____

Número CBO/EI: _____

Recopilación y uso de información personalmente identificable (PII)

Yo por la presente doy mi permiso para que Child and Family Connections (CFC) recopile información personalmente identificable (PII) en relación con mi hijo y mi familia. Comprendo que dicha información se guardará electrónicamente además de en un expediente de documentos impresos. El programa de Intervención Temprana (EI, siglas en inglés) utiliza un sistema de datos llamado Cornerstone que recoge archivos de una amplia gama de servicios de atención médica para individuos. Estos servicios incluyen Women, Infants and Children (WIC; Mujeres, Bebés y Niños); inmunizaciones; el manejo de casos; atención médica prenatal y postparto; cuidado primario pediátrico; EI; cáncer mamario y cervical; control de la diabetes; y Healthy Families Illinois (Familias Sanas Illinois). Cornerstone es mantenido por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y el Departamento de Salud Pública (DPH) de Illinois. Por medio de Cornerstone, DHS y DPH pueden saber que participa su hijo en EI pero no tienen acceso a la información detallada de los servicios. La información agregada necesaria, sin el nombre de ningún cliente, se puede enviar a las agencias federales que patrocinan los programas. El usuario de Cornerstone que tiene acceso al sistema tiene el deber legal y ético de mantener lo confidencial y privado de la información y de no divulgarla a nadie a menos que usted dé su consentimiento o la ley lo requiera.

La información detallada y recopilada se utilizará solamente para los fines permitidos por la Ley de Servicios EI de la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA), la cual incluye remisiones, la determinación de elegibilidad, la provisión de servicios EI y reclamaciones. Mi coordinador(a) de servicios, los proveedores de servicios, DHS y personas designadas por DHS pueden ver y discutir la información entre sí para los fines descritos arriba. Comprendo que si cambio a otra oficina de CFC dentro de Illinois, se transferirá mi información a la nueva oficina de CFC sin que se me pida otro permiso.

Garantías y la facturación/utilización de beneficios públicos

Si actualmente estoy escrito(a) en All Kids y/o si se me inscribe más tarde en All Kids mientras participo en EI, doy por la presente mi permiso para que CFC recopile y comparta la PII recopilada arriba para los fines de la facturación, la coordinación del cuidado y el análisis con el Departamento de Atención Médica y Servicios para la Familia (HFS), la agencia estatal encargada de administrar el programa All Kids. Además, si actualmente no estoy inscrito(a) en All Kids pero luego me inscribo, doy permiso para que CFC realice con mi PII lo arriba mencionado y presente reclamaciones de reembolso a HFS.

Comprendo las siguientes garantías:

- Los servicios EI especificados en el IFSP de mi hijo y en los cuales he consentido no se pueden negar debido a mi decisión de rehusar divulgar la PII de mi hijo a HFS, la agencia estatal encargada de administrar All Kids. Si quiero revocar mi consentimiento, notificaré a mi coordinador(a) de servicios.
- Si actualmente no estoy escrito(a) en All Kids pero me inscribo más tarde y no consiento en que EI facture a All Kids en busca del reembolso de los servicios provistos, EI aun así debe disponer aquellos servicios del IFSP para los cuales he dado mi consentimiento.
- El uso de All Kids para servicios EI no (1) disminuirá la cobertura de por vida disponible ni cualquier otro beneficio asegurado para mí o mi hijo bajo All Kids; (2) resultará en que yo pague servicios que de otro modo cubriría All Kids; (3) resultará en ningún incremento de primas ni la discontinuación de All Kids para mí o mi hijo; ni (4) arriesgará la pérdida de la elegibilidad mía o de mi hijo para exenciones determinadas por el hogar y la comunidad y basadas en gastos agregados asociados con la salud.

- No incurriré primas, copagos ni deducibles a causa de utilizar All Kids para servicios EI.
- Si tengo seguro médico privado, All Kids requiere el uso de mi seguro privado como el seguro principal. Se me dará y firmaré el documento titulado Aviso de Consentir en Utilizar los Beneficios del Seguro o Cuidado Médico Privado y Cesión de Derechos.

Además, este consentimiento para la divulgación permite que DHS comunique información a HFS acerca del niño, la cual incluye su nombre, su número de identificación en All Kids, su fecha de nacimiento y detalles sobre su remisión y derecho a servicios EI, además de los servicios recibidos y otras remisiones hechas por EI. También se permite que HFS comunique información al médico o proveedor primario de atención médica (PCP) designado de mi hijo, a quien yo identifiqué en el IFSP como miembro del equipo, y a otros médicos tratantes de su grupo, para la coordinación del cuidado. La coordinación del cuidado permite que se informe al PCP de mi hijo de la evaluación EI de mi hijo, su elegibilidad para servicios y los servicios que recibe. HFS también puede utilizar la información para los análisis y para medir la calidad del proceso de coordinar el cuidado entre el PCP y EI. La información y los informes que produce el análisis de datos no se divulgarán con ningún dato personalmente identificable de mi hijo.

Recopilación y uso de PII por el seguro privado

Comprendo que se requiere mi consentimiento para que EI o la(s) persona(s) que designa comunique PII a mi plan de seguro médico privado para los fines de determinar, facturar y reclamar los beneficios del mismo.

Consentimiento

Doy el presente consentimiento dentro de los límites legales de mi autoridad. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y por escrito, excepto hasta el grado en que ya se haya actuado a consecuencia del mismo. Comprendo que ni mi negación a dar permiso ni mi revocación de permiso afectará los servicios descritos en el IFSP y a los cuales consentí en recibir. Para revocar mi consentimiento, contactaré a mi Coordinador(a) de Servicios.

Comprendo que se requiere que el expediente de mi hijo se archive durante un plazo de seis (6) años y que se destruirá bajo mi solicitud o al final de dicho plazo a menos que esté pendiente una acción legal.

- Doy mi consentimiento a las partes nombradas arriba para recopilar, guardar y utilizar información personalmente identificable para los fines detallados arriba.
- No doy mi consentimiento a las partes nombradas arriba para recopilar, guardar y utilizar información personalmente identificable para los fines detallados arriba.

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI ACTUALMENTE NO ESTÁ INSCRITO(A) EN ALL KIDS.

- Si actualmente no estoy inscrito(a) en All Kids pero luego se me inscribe en All Kids mientras participo en EI, consiento en el uso de mis beneficios All Kids según se describe arriba.
- Si actualmente no estoy inscrito(a) en All Kids pero luego se me inscribe en All Kids mientras participo en EI, no consiento en el uso de mis beneficios All Kids según se describe arriba.

Nombre en letra sencilla del padre, madre o tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

En virtud de las disposiciones de la Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (Ley de confidencialidad en la salud mental y discapacidades de desarrollo de Illinois), la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de derechos educativos y privacidad de la familia), 20 USC 1232g, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos) de 1996, la información recopilada en la presente no debe divulgarse posteriormente a no ser que la persona que consintió en la presente divulgación consienta específicamente en tal divulgación posterior o la divulgación posterior sea permitida por ley.