

**CONDADO DE ULSTER APLICACIÓN AL PUNTO DE ACCESO ÚNICO (SPOA)
MANEJO DE CASOS DE NIÑOS Y ADULTOS • TRATAMIENTO AFIRMATIVO EN LA COMUNIDAD (ACT)**

1. Complete esta aplicación (**escriba por favor**) incluyendo Consentimientos para Divulgar/Compartir Información Confidencial
2. Envíela por correo, fax o correo electrónico. *Si tiene preguntas llámenos al (845) 340-4110.*

Ulster County Department of Mental Health
239 Golden Hill Lane Kingston, NY 12401
Fax: (845) 340-4094 dmh@co.ulster.ny.us

Proveedores: Por favor incluya una copia de la evaluación psiquiátrica más reciente, evaluación psicosocial, narración escrita del caso y las necesidades de servicios, o cualquier otra documentación de apoyo.

PROCESO DE APLICACIÓN

1. Nosotros le contactaremos para discutir las necesidades y los servicios disponibles.
2. Su aplicación será discutida por un equipo de proveedores de la comunidad. Vea el consentimiento para la lista completa.
3. Nosotros nos podremos en contacto para dejarle saber a donde ha sido referido/a.

Persona Referente: _____ **Agencia:** _____

Referente E-Mail: _____

Nombre del Apicante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Identidad del Género: _____

Padre/Guardián (si aplica): _____ **Relación:** _____

Dirección: _____ **Teléfono Primario:** _____ **Teléfono Secundario:** _____

Ciudad/Estado/CP: _____ **Lenguaje Primario:** _____

Seguro Médico: _____ **Plan ID #:** _____

Historia de Condiciones Médicas: Alta Presión Diabetes EPOC Asma Trastorno Epiléptico Obesidad
 Problemas Cardíacos Embolia/CVA LCT Otra: _____

Diagnosticos Psiquiatricos: _____

Proveedor de Salud Mental: _____ **Nombre de la práctica:** _____

Medicamentos Actuales: _____

Hospitalizaciones Psiquiátricas Anteriores: *(en el ultimo año)*

Hospital	Razón de Admisión	Fecha de Admisión	Fecha de Descargo

NECESIDADES DE SERVICIOS: *(Marque todas las que apliquen)*

Médica/Física Financiera Educacional/Vocacional Hogar Abogacía en Salud Mental Sistemas de Apoyo
 Social/Recreacional Alcohol/Abuso de Substancias Legal Otro: _____

Nombre del Aplicante:	Fecha de Nacimiento:	
<p>Esta autorización para usar/divulgar información de salud protegida debe ser completada por el individuo, su representante personal o su padre/guardián, de acuerdo con las Leyes y Regulaciones Estatales y Federales. La información puede ser divulgada a las partes identificadas en ésta, que han demostrado la necesidad de obtener la información en conformidad a esta autorización, provisto que de una manera razonable se espera que la divulgación no será perjudicial para el individuo u otra persona. Se requiere un consentimiento por separado para divulgar información relacionada con el VIH y también de notas de psicoterapia. El tratamiento, pago, admisión o elegibilidad no puede ser condicionada en que el individuo firme esta autorización.</p>		
<p>Propósito o Necesidad de Información:</p> <p>1. Se solicita esta información:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Por el individuo o su representante personal/guardián o padre/ guardián para compartir información con una persona o entidad que demuestre la necesidad de tener la información; O</p> <p style="padding-left: 20px;"><input checked="" type="checkbox"/> Otra (describa por favor) Para el Coordinador de SPOA</p> <p>2. El propósito para divulgar/obtener es (describa por favor): El Comité SPOA para Manejo de Casos de Niños y Adultos esta compuesto de múltiples agencias incluyendo, pero no limitada a, todos los enlistados posteriormente. Esta forma de autorización le permitirá a los miembros del Comité SPOA el intercambiar información entre nosotros acerca del individuo referido a SPOA para poder conectar al individuo con el programa o los servicios de apoyo apropiados.</p>		
<p>Información que será Divulgada/Obtenida: <i>Todas las aplicaciones, evaluaciones psiquiátricas, diagnosis psiquiatrica, reportes psico-sociales, resumen clínico cuando sea dado de alta, evaluaciones psicológicas, récords educativos, evaluaciones CSA, IEPs y cualquier otra documentación que pueda ser intercambiada entre los miembros apropiados del Comité SPOA para conectar al individuo con los servicios o programas que se acomoden mejor para satisfacer las necesidades del individuo. Los miembros del Comité SPOA incluyen, pero no estan limitados, a las siguientes entidades:</i></p>		
Abbott House Access: Supports for Living, Inc. All About Kids The Arc Mid-Hudson Arms Acres/Conifer Park Assisted Outpatient Treatment Astor Services for Children and Families Berkshire Farm Center & Services for Youth Care Design NY Catholic Charities Community Services of Orange/Sullivan Children's Health Home of Upstate NY Children's Home of Kingston Children's Home of Poughkeepsie Children's Village Chiz's Heart Street C-YES Ellenville Regional Hospital Family of Woodstock, Inc. Family Services Inc. Four Winds Hospitals	Gateway Hudson Valley Greystone Green Chimneys Hamaspik Choice Hudson Valley Community Services Hudson Valley LGBTQ Community Center Institute for Family Health Jewish Child Care KidsPeace LaSalle Schools LIFEPlan Mental Health Association in Ulster, Inc. New York State Parole Northeast Parent and Child Society Northern Rivers Family Services, Inc. NYS Office of People with Developmental Disabilities Parsons Child and Family Center People USA Rehabilitation Support Services Resource Center for Accessible Living, Inc.	Rockland Children's Psychiatric Center Rockland Psychiatric Center Rural Ulster Preservation Company (RUPCO) Samadhi Spectrum Behavioral Health St. Anne Institute St. Catherine's Center for Children St. Christopher Step One (Child and Family Guidance Center) Tri-County Care Ulster County Department of Mental Health Ulster County Department of Social Services Ulster County Jail Ulster County Probation Department WMC Health Alliance of the Hudson Valley (Bridge Back, First Step & Methadone Program) WMC Mid-Hudson Regional Hospital Distrito Escolar _____ Contacto de Emergencia _____ Otro/a _____
<p>USO/DIVULGACIÓN PERIÓDICA: A través de esta autorizo el uso periódico/divulgación de la información anteriormente descrita a la persona/organización/facilidad/programa identificado arriba tan seguido como sea necesario para cumplir el propósito identificado arriba. Mi autorización va a expirar cuando no requiera o reciba más servicios SPOA en Manejo de Casos para Niños o Adultos.</p> <p>Firma del Individuo: Yo certifico que autorizo el uso de la información de mi salud establecida en este documento.</p>		
<p>_____</p> <p>Firma del Individuo, o Representante Personal, o Padre/Guardián Fecha</p>		
<p>_____</p> <p>Nombre del Individuo/Niño (Escrito)</p>		
<p>_____</p> <p>Nombre del Representante Personal o Padre/Guardián (Escrito) Relación</p>		
<p>Descripción de la Autoridad para Actuar en nombre del individuo del Representante Personal (requerido si el Representante Personal firma la Autorización).</p>		
<p>REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACION: A través de esta revoco mi autorización para divulgar/obtener información a la persona/organización/facilidad/programa anteriormente mencionado</p>		
Firma:	Fecha:	

Opcional - Punto de Acceso Único (SPOA) Consentimiento para Recuperar Información del Paciente Condado de Ulster

Al firmar esta forma, usted esta de acuerdo en compartir la información de su salud con el Comité SPOA. Las metas del Comité SPOA son la mejora en la integración de la salud física y mental, y ayudar a los proveedores del cuidado de la salud a mejorar la calidad del cuidado. Con el fin de apoyar la coordinación y mejorar su cuidado, los proveedores en el cuidado de la salud y otra gente envuelta en ese cuidado, necesitan el poder comunicarse del uno al otro acerca de su cuidado, y compartir información de su salud entre ellos. Usted podrá recibir cuidado de salud y seguro médico incluso si usted no firma esta forma.

Su firma en esta forma le permite al Comité SPOA obtener información de su salud, incluyendo sus récords de salud, a través de un sistema computarizado manejado por HealthConnections, una Organización Informática de Salud Regional (RHIO) y/o un sistema computarizado llamado PSYCKES manejado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. Un RHIO utiliza un sistema computarizado para recaudar y mantener información de la salud, incluyendo records médicos, de sus doctores y sus proveedores de salud que forman parte del RHIO. El RHIO solo puede compartir su información de salud con gente que usted autoriza a verla u obtenerla. PSYCKES es un sistema computarizado que recauda y mantiene información de salud de sus doctores y proveedores de salud para ayudarles a planificar y coordinar su cuidado.

Si usted esta de acuerdo y firma esta forma, los miembros del Comité SPOA pueden obtener, ver, leer, copiar, y compartir entre ellos, TODA la información de su salud (incluyendo toda la información de salud obtenida del RHIO y/o de PSYCKES) que necesitan para arreglar su cuidado, manejar ese cuidado o estudiarlo para mejorar el cuidado de la salud de los pacientes. La información de salud que pueden obtener, ver, leer, copiar, y compartir puede ser de antes y después que usted firme esta forma. Sus récords de salud pueden tener información acerca de enfermedades o heridas que haya tenido o que pueda haber tenido en el pasado; resultados de exámenes, como rayos X o pruebas de sangre; y de los medicamentos que esta tomando o que halla tomado anteriormente. Sus récords de salud también pueden tener información acerca de:

1. Programas de tratamiento de alcoholismo o abuso de drogas en donde usted sea o halla sido un paciente;
2. Servicios de planeación familiar como control de la natalidad o aborto;
3. Enfermedades heredadas;
4. VIH/SIDA;
5. Condiciones de salud mental;
6. Enfermedades transmitidas sexualmente (enfermedades que pudo contraer a través de tener sexo);
7. Información de necesidades sociales (alagamiento, alimentos, ropa, etc..) y/o
8. Resultados de evaluaciones, planes de cuidado, u otra información que usted o su proveedor de tratamiento entre en PSYCKES.

La información de la salud es privada y no se le puede dar a otra gente sin el permiso apropiado bajo las leyes y reglas del Estado de Nueva York y de los Estados Unidos. Los proveedores que pueden obtener y ver su información de salud deben obedecer todas estas leyes. Ellos no pueden dar su información a otra gente al menos que el apropiado guardián este de acuerdo o la ley establece que pueden dar información a otra gente. Esto es válido si la información de salud esta en una computadora o en papel. Bajo la ley Federal, la información divulgada a otra entidad que no este requerida de cumplir con HIPAA no puede ser protegida bajo HIPAA. Sin embargo, la información se mantiene protegida bajo la ley del Estado de Nueva York, la que prohíbe la re-divulgación al menos que sea específicamente autorizada por la ley. Otras leyes cubren el cuidado del VIH/SIDA, récords de salud mental, y del uso de drogas y alcohol. Los proveedores que utilizen su información de salud y el Comité SPOA deben obedecer estas reglas y leyes.

Por favor lea toda la información en esta forma antes de firmarla.

ESTOY DE ACUERDO que el Comité SPOA pueda obtener TODA la información de mi salud a través del RHIO y/o a través de PSYCKES para proveerme con cuidado o manejar mi cuidado, para ver si pertenezco a algún plan de salud y lo que cubre, y para estudiar y mejorar el cuidado de todos los pacientes. También **ESTOY DE ACUERDO** que el Comité SPOA y las agencias proveedoras de salud puedan compartir la información de mi salud entre ellos. Puedo cambiar mi manera de pensar y revocar mi consentimiento en cualquier momento al firmar la forma del Retiro del Consentimiento y dándosela a uno de los proveedores que participan en SPOA. Esta autorización expirará cuando ya no este buscando o recibiendo servicios SPOA en manejo de Casos para Niños o Adultos.

Nombre del Paciente Escrito

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente

Fecha

(Por favor guárdela para sus récords. No necesita regresarla.)

Detalles Acerca de la Información del Paciente y del Proceso de Consentimiento

1. Cómo utilizan mi información los proveedores SPOA?

Si usted está de acuerdo, los proveedores SPOA utilizarán su información para:

- Coordinar y manejar su cuidado de salud;
- Chequear si tiene seguro médico y lo que cubre; y para
- Estudiar y mejorar el cuidado de la salud para los pacientes.

La opción que elija NO le permite a las aseguradoras ver su información para decidir si le dan seguro o pagan sus cuentas. Es más, su negativa de firmar las autorizaciones no afecta su habilidad para obtener tratamiento de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, ni afecta su elegibilidad para recibir beneficios. Por favor tenga en mente que si el Comité SPOA no tiene la información disponible debido a su firma en la autorización, ellos no podrán determinar si usted es elegible para sus servicios o si sus servicios son apropiados para usted.

2. De donde viene la información de mi salud?

La información de su salud viene de lugares y de gente que le procuraron cuidado de salud o de aseguradoras médicas que haya tenido. Esos pueden incluir hospitales, doctores, farmacias, laboratorios, planes de seguro (compañías aseguradoras), el programa Medicaid, y otros grupos que comparten información de la salud. Para una lista de la información disponible en PSYCKES, visite la página en la red de PSYCKES al www.psyckes.org y vea “Acerca de (About) PSYCKES” o pídale a su proveedor de tratamiento que le imprima la lista.

3. Que reglas y leyes cubren la manera cómo mi información de salud puede ser compartida?

Estas leyes y reglamentos incluyen la Ley de Salud Mental de Nueva York Sección 33.13, Ley de Salud Pública de Nueva York Artículo 27-F, y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo el 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Partes 160 y 164 (que son las reglas conocidas como “HIPAA”).

4. Si yo estoy de acuerdo, quién puede obtener y ver mi información?

La única gente que puede ver la información de su salud son aquellos con los que usted está de acuerdo que la puedan ver y obtener, como doctores y otra gente que trabaja para SPOA y que están envueltos en el cuidado de su salud y gente que trabaja para un proveedor SPOA que le proporciona cuidado, para ayudarles a chequear su seguro médico o para estudiarla y así mejorar el cuidado de la salud de todos los pacientes. Por favor sepa que si usted autoriza que su información sea compartida con alguna persona que no tiene que cumplir con HIPAA, entonces ya no estará protegida por HIPAA. Sin embargo, esta información continuará estando protegida por la Ley de Salud Mental de Nueva York, la que prohíbe que la información sea redivulgada por cualquier persona que la reciba excepto cuando la redivulgación sea permitida por la Ley de Salud Mental de Nueva York (Ley de Salud Mental §33.13).

5. Que pasa si una persona usa mi información sin mi autorización para que la utilizara?

Si usted piensa que alguna persona utilizó su información, y usted no estuvo de acuerdo en dar su información a esa persona, llame a alguno de los proveedores que les dió permiso de ver sus récords, a SPOA al (845) 340-4110, a la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos al (212) 637-2800, o a las Relaciones con el Consumidor de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York al 800-597-8481.

6. Cuanto tiempo dura mi consentimiento?

Su consentimiento durará hasta el día en que usted lo revoque, o si SPOA deja de trabajar, o en tres años desde el último día de servicio de SPOA, lo que pase primero.

7. Que pasa si cambio mi manera de pensar y quiero revocar mi consentimiento?

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento al firmar la Forma de Retiro del Consentimiento y dándoselo a SPOA. Puede obtener esta forma llamando al (845) 340-4110. Atención: Aunque usted decida más tarde en revocar el consentimiento, los proveedores que ya tengan su información no están obligados a sacarla de sus récords.

8. Cómo puedo obtener una copia de esta forma?

Se le proveerá con una copia de esta forma después que la firme.