

Formulario de Consentimiento de la Base de Datos de MIECHV

Nombre del adulto participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) Mes/Día/Año

Nombre del niño participante (1): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño participante (2): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño participante (3): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Es importante que Ud. lea lo siguiente. Si hay algo que no entiende o si tiene preguntas, por favor PREGUNTE.\*

\*Cualquier niño cuya información sea ingresada al sistema de datos debe ser incluido en la lista arriba, aún si el niño no es "MIECHV Target Child".

Bienvenidos al Programa de Illinois de Visitación Materno Infantil de la Primera Infancia (Maternal Infant Early Childhood Home Visitation Program – MIECHV sus siglas en Inglés). Agencias de MIECHV usan un sistema de gestión de datos para recolectar datos confidenciales sobre individuos que están recibiendo servicios de visitación a la casa. Estos servicios incluyen el Healthy Families Illinois (Familias Sanas de Illinois), Parents as Teachers (Padres como Maestros), y Early Head Start (Comienzo Temprano).

Estamos pidiendo permiso para recolectar información sobre Ud. y su familia y mantenerla en un sistema informático centralizado mantenido por el Illinois Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos en Illinois) y el Illinois Governor's Office of Early Childhood Development (la Oficina del Gobernador sobre el Desarrollo de la Infancia Temprana). Sólo los profesionales autorizados con necesidad directa de saber sobre Ud. tendrán acceso a esta información. Esta información puede ser soltada por autorización de servicios, auditoría, y por propósito de evaluación. Información necesaria, sin nombre del cliente, será enviada a las agencias federales que financian a esta programa.

Firmando a este formulario de consentimiento, Ud. da su acuerdo para que ciertos datos de información sean recolectados por esta agencia. La(s) persona(s) recibiendo esta información tiene un deber legal y ético de mantener confidencial y privada esta información y a no soltarla a ninguna persona sin su permiso escrito, a menos que la ley lo permita.

A. Yo autorizo \_\_\_\_\_ (Nombre de Agencia) a recolectar información por la duración de los Servicios de Visitación a Casa.

B. Esta autorización cubre toda la información médica, social, y financiera sobre el participante, incluyendo: antecedentes del participante e información demográfica; información sobre visitas médicas; historia médica y del desarrollo; datos prenatales, del nacimiento, y posparto; datos sobre visitas a infantes y niños; registros de inmunización; riesgos del participante; reportes del DCFS (Departamento de Servicio al Niño y Familia); citas hechas y servicios recibidos; objetivos y planes de cuidado; información de programas; información requerida por el Programa Federal de Visitación Materno Infantil y de la Primera Infancia. Cualquier información que Ud. no quiera que sea compartida debe estar escrita en la parte C.

C. NO quiero que la siguiente información sea compartida: \_\_\_\_\_

D. Doy este consentimiento dentro de los límites de me autoridad legal. Entiendo que puedo revocar este consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento, pero que revocar a este consentimiento no cancelará lo que fue hecho antes de que lo revocara. También entiendo y estoy de acuerdo en no considerar al Illinois Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos en Illinois) ni a Illinois Governor's Office of Early Childhood Development (la Oficina del Gobernador sobre el Desarrollo de la Infancia Temprana) responsables por soltar alguna información sobre mí de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento.

E. Una fotocopia o un facsimil de este consentimiento es tan válido como el original.

F. Este formulario de consentimiento es válido hasta el \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Mes, Día) (Año)\*

\*Nota: La fecha de expiración no puede ser más de un año de la fecha de ejecución.

*Los Estándares de Privacidad de Información de Salud Individual Identificable, 45 CFR Parte 160 y 164, declaran que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede ser sujeta a re-divulgación por el recipiente. Las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2 prohíben hacer divulgación adicional sobre*

*información de drogas y alcohol, a menos que la divulgación de esta información sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la cual le corresponde, o de otra forma permitido por el 42 CFR, Parte 2. Una autorización general de permiso de soltar información médica o de otro tipo NO restringe el uso de la información para investigaciones criminales o para sancionar algún paciente por alcohol o abuso de drogas (52 FR 21809, Junio 9, 1987; 52 FR 1997, Noviembre 2, 1987).*

Nota: Rehusarse a firmar el Formulario de Consentimiento de la Base de Datos de MIECHV, no impide el tratamiento, pago, o inscripción en un plan de salud o la posibilidad de recibir beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián legal/cuidador      /Fecha      <sup>ó</sup>      \_\_\_\_\_  
Firma del adulto participante      /Fecha

Firma del testigo (Requerida): \_\_\_\_\_      Fecha: \_\_\_\_\_