Estado de Illinois
Departamento de Primera Infancia

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BASE DE DATOS PARA VISITAS A DOMICILIO

Nombre del padre o madre/tutor(a) del participante: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento del padre o madre/tutor(a) del participante: _____
(Mes/Día/Año)

Es importante que lea lo siguiente. Si hay algo que usted no entiende o si tiene alguna pregunta, asegúrese de PREGUNTAR a su trabajador(a) de Apoyo Familiar/Visitador a Domicilio.

Bienvenido al Programa de Visitas a Domicilio del Departamento de Primera Infancia de Illinois (IDEC, por sus siglas en inglés). Algunos programas de visitas a domicilio reciben fondos federales del programa de Visitas a Domicilio Materno, Infante y Primera Infancia (MECHV, por sus siglas en inglés), que está autorizado por la Ley del Seguro Social, Título V,§ 511 (42 U.S.C. §711). Algunos programas reciben fondos estatales para el Programa de Visitas al Hogar autorizado por 20 ILCS 1305/10-16. Todos las agencias de visitas a domicilio financiadas por IDEC utilizan un sistema de administración de datos para recopilar datos confidenciales sobre las personas que reciben servicios de visitas a domicilio, incluyendo, entre otros, Familias Saludables de América (HFA, por sus siglas en inglés) y Padres como Maestros (PAT, por sus siglas en inglés).

IDEC está pidiendo permiso para recopilar la información sobre usted y su familia y lo almacenaría en un sistema informático centralizado sostenido por IDEC. Solamente aquellos profesionales autorizados que necesiten conocer directamente tendrán acceso a esto para fines de la autorización de servicio, la auditoría y la evaluación. Su información se mantedrá confidencial y no se compartirá con nadie más.La información necesaria, sin tener el nombre de ningún cliente, puede ser enviada a las agencias federales que financian este programa. Además, los informes agregados sin ninguna información de identificación pueden estar disponibles públicamente.

IDEC sigue la Ley federal de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud de 1996, conocida como HIPPA. IDEC también sigue cualquier ley federal o estatal que brinde mayores protecciones de privacidad que la HIPPA. Por ejemplo, IDEC sigue la Ley de confidencialidad de la salud mental y las discapacidades del desarrollo de Illinois con respecto a los registros de salud mental, 740 ILCS 110; la Ley de protección de información personal de Illinois que protégé la "información personal" que no se pone legalmente a la disposición del público en general en los registros del gobierno federal, estatal o local, 815 ILCS 530; la Ley federal de confidencialidad de los registros del paciente por abuso de alcohol y drogas, 42 U.S.C. § 290dd-2; 42 CFR Parte 2; y la Ley federal de derechos educativos y privacidad familiar con respecto a la privacidad de los registros educativos, 20 U.S.C. §1232g; 34 CFR Parte 99.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta permitir que IDEC recopile cierta información. La(s) persona(s) que recibe(n) esta información tiene(n) el deber legal y ético de mantener la información confidencial y privada, y no revelarla a nadie sin su permiso por escrito, a menos que la ley lo permita.

A. Yo autorizo a _____
(Nombre de la agencia) a recopilar la información durante la duración de los servicios de las visitas a domicilio.

B. Esta autorización cubre toda la información médica, social y financiera sobre mí y mi familia, incluyendo la informacción de antecedentes y demográfica; la información de salud; el historial médico y de desarrollo; datos prenatales, de nacimiento y de posparto; la fecha de la visita del bebé / niño; los registros de la Inmunización; las citas realizadas y los servicios recibidos; las metas y el plan de cuidado; la información del programa; los informes del Registro Central Estatal del Departamento de Servicios para Niños y Familias; la información requerida por el programa federal de Visitas a Domicilio Materno, Infante y Primera Infancia. Cualquier persona que reciba esta información no puede dársela a nadie más sin mi autorización explícita. Cualquier información que no deseo que se revele está escrita en la Parte C (a continuación).

C. NO quiero que se comparta la siguiente información:

_____

_____

_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BASE DE DATOS PARA VISITAS A DOMICILIO

D. Estoy haciendo este consentimiento dentro de los límites de mi autoridad legal.Entiendo que puedo revocar este consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento, pero que la revocación de este consentimiento no cancelará lo que se hizo antes de revocarlo. También yo entiendo y estoy de acuerdo en no responsabilizar al Departamento de Primera Infancia de Illinois por la revelación de cualquier información sobre mí de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento.

E. Una copia o facsímil (fax) de este consentimiento será tan válida como el original.

Nombre del padre o madre/tutor(a) legal (en letra de imprenta)	Firma del padre o madre/tutor(a) legal	Fecha:

Si el participante indicado arriba es menor de 18 años, es una buena práctica de obtener también la firma de sus padres o tutor(a) legal, siempre que sea posible.

Nombre del padre o madre o tutor(a) legal del participante	Firma del padre o madre/tutor(a) del participante	Fecha:

Nombre del testigo (en letra de imprenta)	Firma del testigo	Fecha: