

## Autorización para el Equipo de Cuidado de NC InCK

Nombre del Niño/Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Niño:     /     /

Nombre del Padre/Tutor Legal (“Tutor”): \_\_\_\_\_

Idioma Principal del Tutor:

¿El Niño o el Tutor requieren de un intérprete?  Sí  No

**Cuidado Integral para Niños de Carolina del Norte** (*North Carolina Integrated Care for Kids* o *NC InCK*) es un modelo para promover el bienestar de niños asegurados por los programas de salud Medicaid o CHIP en cinco condados – Alamance, Durham, Granville, Orange y Vance. NC InCK busca dar soporte y facilitar los servicios de salud, sociales y educativos para niños desde su Nacimiento hasta los 21 años de edad.

Yo, [nombre del Paciente / Tutor] \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con que *Duke University Health System, Inc.*, y *Duke University*, incluyendo sus médicos, empleados, aprendices, estudiantes y contratistas (conjuntamente, “**NC InCK**”) puedan acceder, obtener o compartir **información sobre la salud, social y educacional relacionada con el Niño** para fortalecer la coordinación de cuidados integrados para el Niño con el Equipo de Cuidados, el cual incluye los proveedores de servicios de salud del Niño, Medicaid, escuelas y soportes educacionales, oficinas de bienestar, soporte alimenticio/nutricional, servicios de vivienda y otras personas que brinden soporte al Niño.

**Esta Autorización es para:**

- 1) Permitir al Equipo de Cuidados que se comuniquen y apoyen las necesidades de salud, sociales y educacionales del Niño;
- 2) Enviar/compartir la información del Niño con el Equipo de Cuidados;
- 3) Dar acceso al Equipo de Cuidados al perfil del Niño en la plataforma denominada VirtualHelath de InCK; y
- 4) Enviar/compartir el Plan Compartido de Acción InCK del Niño con el Equipo de Cuidados (en caso de que dicho plan sea creado, según resulte aplicable).

**¿Cómo beneficia al Niño el intercambio de información?**

NC InCK diseñó esta autorización para ayudar al Equipo de Cuidados a identificar y discutir con mayor facilidad las necesidades de cuidado del Niño y coordinar su atención.

**¿Cómo se realizará el intercambio de información?**

La información podrá ser compartida en conversaciones entre miembros pasados, actuales o futuros del Equipo de Cuidados, a

través de mensajes o plataformas de salud en línea, así como Comunicaciones orales o escritas. La información también podrá ser compartida a través del perfil del Niño en la plataforma *VirtualHealth* de InCK (más abajo se incluyen más detalles sobre este punto), incluyendo cualquier documento subido por NC InCK, el Equipo de Cuidados o la familia.

**¿Quién tendrá acceso a la información?**

Cualquier miembro del Equipo de Cuidados podrá compartir información relacionada con las necesidades de atención del Niño, y tener acceso al Plan de Acción Compartido y el perfil de *VirtualHealth* del Niño.

**¿Qué información será intercambiada?**

- Información del Niño, incluyendo nombre, fecha de nacimiento, domicilio y condado de nacimiento.
- Información de contacto del Tutor, incluyendo nombre, domicilio, condado de nacimiento, número telefónico y correo electrónico.
- Información de Medicaid, incluyendo el plan actual de Medicaid del Niño, el nombre, correo electrónico y número telefónico del proveedor de cuidados primario, y la fecha del último servicio de salud del Niño.
- Información sobre la administración de cuidados, incluyendo la organización responsable de proveer la gestión de cuidados para el Niño, necesidades de cuidado y necesidades de servicios identificadas para el Niño, información sobre los niveles de atención para el Niño, y el nombre e información de contacto del (los) administrador(es) de cuidados.
- Plan de Acción Compartido, el cual es una herramienta breve y enfocada en la familia que incluye la información de contacto de los miembros del Equipo de Cuidados, las fortalezas del Niño, las metas priorizadas para el Niño y la familia, y planes para lograr dichas metas. Algunos niños y jóvenes en el modelo de InCK llenan un Plan de Acción Compartido para ayudar al Equipo de Cuidados y a la familia a trabajar mejor en conjunto para dar soporte al Niño.
- Las necesidades continuas de cuidado y servicios del Niño, incluyendo las solicitudes del Tutor de servicios y servicios de

soporte para el Tutor y del Niño para lograr las metas propuestas para el Niño.

Para fines de la presente autorización, esta información será referida en su conjunto como la “Información del Niño”.

**Información intercambiada sin Autorización**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act* o *HIPAA*) permite el intercambio de información del Niño para permitir que los proveedores de servicios den tratamiento de salud y reciban los pagos que correspondan.

**¿Puedo cancelar esta Autorización?**

Sí, usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un correo a [ncinckauthorization@duke.edu](mailto:ncinckauthorization@duke.edu). Por favor lea más abajo para más información sobre la cancelación de su autorización. Para más información o asistencia, puede contactar a NC InCK en esa misma dirección de correo electrónico.

**Especificando el Equipo de Cuidados:** El Equipo de Cuidados incluye las entidades y personas que actualmente o en el futuro coordinen los servicios de salud, sociales y educacionales del Niño. Los Tutores deben especificar más abajo la “Entidad” (práctica, escuela, organización o agencia) para que esta autorización habilite el intercambio de información entre el Equipo de Cuidados. Es posible especificar un “contacto preferido” para cada miembro del Equipo de Cuidados; no obstante, el Equipo de Cuidados podrá intercambiar información con otras personas que formen parte de la entidad parte del Equipo de Cuidados para coordinar el cuidado del Niño.

Proveedores de servicios de salud física y mental del Niño (por ejemplo: pediatra, prácticas, especialistas y terapeutas de cuidado primario)

Nombre de la práctica	Contacto preferido (nombre y rol)	Número telefónico	Correo electrónico

Escuelas y Soportes Educativos (por ejemplo: la escuela del Niño, Centro de Cuidado del Niño)

Escuela o Centro	Contacto preferido (nombre y rol)	Número telefónico	Correo electrónico

Oficinas de Bienestar Infantil (Trabajador Social) u Oficinas de Justicia Juvenil (Asesor en Tribunales/Cortes)

Nombre de la Oficina	Contacto preferido (nombre y rol)	Número telefónico	Correo electrónico

Soporte alimenticio/nutricional o servicios de vivienda para el Niño (por ejemplo, Coordinador del Programa WIC):

Organización/Agencia	Contacto preferido (nombre y rol)	Número telefónico	Correo electrónico

Otros dando soporte al Niño (por ejemplo: vecinos, coaches, otros familiares o cualquier otra persona):

Organización/Agencia ( <i>según sea aplicable</i> )	Contacto preferido (nombre y rol)	Número telefónico	Correo electrónico


Entiendo que puedo **cancelar esta Autorización** por escrito en cualquier momento enviando mi solicitud de cancelación por escrito (la “Solicitud de Cancelación”) a la siguiente dirección de correo electrónico: [ncinckauthorization@duke.edu](mailto:ncinckauthorization@duke.edu). Entiendo que mi cancelación no aplicará a la información intercambiada/compartida con anterioridad según lo permitido en esta Autorización. Entiendo que en relación con la información compartida por NC InCK o el Equipo de Cuidados con terceros para los fines descritos en esta Autorización, NC InCK puede no retener el control sobre el uso o divulgación de dicha información por parte de esos terceros y otros receptores futuros, y podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que **la firma de esta Autorización es mi decisión y puedo negarme** a firmar esta Autorización. Si no firmo esta Autorización, ciertos miembros del Equipo de Cuidados, el Niño y su familia no tendrán acceso a VirtualHealth ni a algunas de las funcionalidades de planificación integradas de ofrece. El Equipo de Cuidados continuará brindando atención al niño, y yo recibiré las facturas relacionadas con la atención médica del Niño.

Esta Autorización expirará: (i) el quinto (5º) día hábil siguiente a la fecha en que el Niño deje de estar inscrito en el modelo InCK, o (ii) el quinto (5º) día hábil siguiente a la fecha en la que NC InCK reciba una Solicitud de Cancelación en la dirección de correo electrónico [ncinckauthorization@duke.edu](mailto:ncinckauthorization@duke.edu), lo que ocurra primero

Firma del Paciente /Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Escribir Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_