

**Consentimiento del Hogar médico
Retiro del consentimiento para
el programa Hogar médico (Health Home)
Inscripción en el programa Health Home
y el uso compartido de información para menores de 18 años**

Instrucciones: este formulario debe utilizarse con menores de 18 años que han sido inscritos en el programa Hogar médico (Health Home) y han completado el formulario *Consentimiento/Inscripción/Para utilizar con niños menores de 18 años de edad de Health Home* (DOH 5200) y el formulario *Consentimiento/Sobre compartir información/Para utilizar con niños menores de 18 años de edad de Health Home* (DOH 5201)*. Este formulario está destinado a cancelar la inscripción del paciente en el programa Hogar médico y a retirar el consentimiento para la divulgación de información médica de menores que han estado inscritos en dicho programa. El retiro del consentimiento para menores de 18 años debe ser autorizado por un padre, tutor o representante legalmente autorizado. A los efectos del retiro del consentimiento, se define a un representante legalmente autorizado como “una persona o agencia autorizada por las leyes estatales, tribales, militares o de otra índole, la sentencia de un tribunal o un consentimiento para actuar en nombre de otra persona en la toma de decisiones de atención médica”.

***[Recuerde que los/las menores que son padres, están embarazadas o están casados, o que de otro modo tienen la capacidad para brindar consentimiento no deben usar este formulario para cancelar la inscripción o retirar el consentimiento para la divulgación de información médica. En cambio, deben usar el formulario *Intercambio de información de pacientes del Hogar médico (Health Home)/Retiro del consentimiento DOH 5058*].**

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL HOGAR MÉDICO

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL MENOR

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

Al firmar este formulario, indico que no deseo que el menor mencionado anteriormente sea incluido en el programa Hogar médico.

NOMBRE DEL HOGAR MÉDICO (HEALTH HOME)

Al firmar este formulario, entiendo que a partir de la fecha en que se firma el formulario:

- retiro mi permiso para que el programa Hogar médico comparta la información médica de este menor con prestadores y otros miembros de dicho programa, incluida cualquier persona mencionada en el formulario *Consentimiento/Sobre compartir información/Para utilizar con niños menores de 18 años de edad de Health Home* (DOH 5201);
- los prestadores que ya poseen la información médica de este menor no tienen obligación de devolverla al menor ni a mi persona, ni de retirarla de sus registros;
- esta información aún contará con la protección de las leyes y los reglamentos federales y estatales de Nueva York; y
- este menor aún puede recibir atención médica o servicios de gestión de la atención médica.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL PADRE, TUTOR O
O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL MENOR

RELACIÓN DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE
LEGALMENTE AUTORIZADO DEL MENOR

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE
LEGALMENTE AUTORIZADO DEL MENOR

FECHA

Más información sobre la información de salud y el proceso de retiro del consentimiento

1. ¿Cómo podrán el programa Hogar médico y los prestadores seguir usando la información de salud de este menor?

El programa Hogar médico y los prestadores no podrán seguir compartiendo ni usando la información de salud de este menor.

2. ¿Qué pasará con la información de salud de este menor?

La información de salud de este menor será conservada por los prestadores que ya poseen la información de salud del menor pero, de todas formas, deberán protegerla siguiendo las leyes y los reglamentos federales y estatales de Nueva York.

3. ¿Qué leyes y reglamentos contemplan la forma en que se puede compartir la información de salud de este menor?

Estas leyes y reglamentos son la Sección 6530(23) de la New York Education Law (Ley de Educación de Nueva York), la Sección 33.13 de la Mental Hygiene Law (Ley de Higiene Mental), el Artículo 27-F de la New York Public Health Law (Ley de Salud Pública de Nueva York) y la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud o HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, las Partes 160 y 164 del 45 CFR (Título 45 del Código de Reglamentos Federales) y los reglamentos federales de confidencialidad de la Parte 2 del 42 CFR (Título 42 del Código de Reglamentos Federales).

4. ¿Quién puede compartir la información de este menor después de que haya retirado el consentimiento?

A partir de la fecha en que se firma este formulario, nadie puede obtener información de salud nueva sobre este menor, pero la información que ya se ha compartido no se puede recuperar.

5. ¿Qué sucede si una persona usa información de este menor que no autoricé?

Si cree que una persona utilizó su información y usted no aceptó dar a esa persona su información, usted puede:

- llamar a la línea de ayuda Medicaid al 1-800-541-2831; o
- comunicarse con el US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles) llamando al 1-800-368-1019 o presentar una queja escrita en: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

También puede:

- llamar a uno de los proveedores que usted dijo que pueden ver sus expedientes;
- llamar a su administrador de atención o del Hogar médico: _____ a _____ ; o
- llamar a su Plan de salud administrado si usted pertenece a dicho plan.

6. ¿Cuánto tiempo dura mi retiro del consentimiento?

El retiro del consentimiento dura para siempre. Sin embargo, si cambia de opinión, informe al plan de salud del menor, a su médico o a su programa Hogar médico anterior que está interesado en que dicho menor vuelva a formar parte de un programa Hogar médico. Si el menor se inscribe en el futuro, se deben firmar nuevos formularios de consentimiento.

7. ¿Cómo obtengo una copia de este formulario?

Después de que haya firmado este Formulario de retiro del consentimiento, se le dará una copia.