

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Apellido, nombre e inicial de segundo nombre del niño _____

Fecha de nacimiento del niño (Mes/Día/Año) _____

Nº de identificación del participante de Cornerstone _____ Nº de CBO/EI _____

Yo autorizo que Child and Family Connections oficina comparta u obtenga la información siguiente: COMPARTIR OBTENER

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Información específica a compartir si está disponible

Obtener	Compartir	Clase de información	Descripción (fechas limite, fecha de servicio)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes sobre el desarrollo	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes de terapia ocupacional	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes de terapia física	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes del habla o el lenguaje	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes audiológicos	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes de la visión	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes médicos, diagnósticos, recetas	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Elegibilidad para el programa y situación financiera	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Información de elegibilidad para fuente de referencia	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otra	

Esta información se necesita para el (los) siguiente(s) propósito(s): (marque todos que sean relevantes)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Establecer elegibilidad para Intervención Temprana | <input checked="" type="checkbox"/> Coordinar, vigilar e implementar servicios de EI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar un Plan Individualizado de Servicios para la Familia | <input checked="" type="checkbox"/> Facilitar una transición |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento, pago u operaciones de atención médica | <input checked="" type="checkbox"/> Otra: _____ |

Esta autorización seguirá vigente hasta: 06 / 30 / 2020
Mes Día Año

Yo comprendo que tengo el derecho a inspeccionar y hacer copias de la información que sea compartida. Comprendo que mi consentimiento se da en forma voluntaria y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento haciendo un pedido por escrito a la oficina de CFC que aparece arriba, excepto hasta el grado en que ya se haya tomado acción con motivo de mi consentimiento. Comprendo que mi negación a dar el consentimiento para compartir información podría conllevar una o más de las siguientes consecuencias: incapacidad de establecer la elegibilidad para servicios de EI, desarrollar un IFSP, coordinar, vigilar o implementar servicios, o facilitar una transición.

Otras consecuencias: Ninguna.

Nombre del padre, de la madre o del tutor legal, en letra sencilla: Janet Wukas Ahern, DCFS Guardianship Administrator

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: [Signature] Fecha 6/11/19

Firma de testigo: [Signature] Fecha 6/11/19

<p>Aviso a la agencia o persona destinataria de la información:</p> <p>Bajo las provisiones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, la información recogida por la presente no puede compartirse nuevamente a menos que la persona que dio su consentimiento para esta autorización dé su consentimiento específico para tal acción o la misma sea permitida por la ley.</p>	Envíe la información a: (indique el nombre y la dirección)		
	Nombre: _____		
	Nombre de oficina: _____		
	Dirección postal: _____		
Ciudad: _____		Estado: _____	Código postal: _____

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS
RENUNCIA DE AVISO PREVIO ESCRITO

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____ CBO/EI #: _____

SECCIÓN 1: COMPLETADA POR EL COORDINADOR DE SERVICIOS

Yo certifico que profesionales de dos o más disciplinas (1) revisaron toda la información aplicable y disponible sobre el desarrollo y, si es apropiado, el historial médico, (2) o realizaron evaluaciones del desarrollo o revisaron evaluaciones ya existentes y *actuales* del desarrollo, y (3) concuerdan en una recomendación en cuanto a la elegibilidad.

Firma del Coordinador de Servicios Fecha

Según los hallazgos del equipo de evaluadores y conforme a la política de la Oficina de Intervención Temprana, este(a) niño(a):

SÍ satisface/sigue satisfaciendo los requisitos de elegibilidad

Si los requisitos están satisfechos, se han establecido el(los) siguiente(s) criterio(s):

- Un retraso en el desarrollo del nivel requerido (el 30% o más en un área o más),
 - Medido por instrumentos diagnósticos y procedimientos estándares, aprobados por el Departamento; o
 - Confirmado mediante el juicio clínico informado de personal cualificado y basado en la evaluación multidisciplinaria si no se puede examinar apropiada y exactamente al niño con las medidas estandarizadas disponibles.
- Una condición física o mental que típicamente produce (un) retraso(s) en el desarrollo; y/o
- El riesgo de (un) retraso(s) en el desarrollo significativo(s), según la opinión clínica informada.
 - A uno de los padres se le ha diagnosticado una condición médica definida por el Departamento como requisito de elegibilidad, y/o
 - Se han **satisfecho** tres o más de las condiciones de riesgo definidas por el Departamento.

SECCIÓN 2: REPASADA CON, COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL EN EL CASO DE ELEGIBILIDAD: OBTENER LAS INICIALES Y LA FIRMA DEL PADRE, MADRE, O TUTOR LEGAL:

1. Se me han explicado suficientemente los resultados de la evaluación. _____ Iniciales
2. Me siento cómodo(a) en este momento con el grado de mi comprensión de todas las áreas del desarrollo de mi hijo(a). _____ Iniciales
3. Comprendo que yo no tengo que desarrollar el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) de mi hijo. _____ Iniciales
4. Comprendo que si decido programar para otro día la reunión del desarrollo del IFSP, no comprometeré ningún servicio o apoyo cubierto de Intervención Temprana (E.I.) que pueda necesitar mi hijo(a) o mi familia. _____ Iniciales

Al firmar a continuación, renuncio mi derecho al aviso escrito previo a la determinación de elegibilidad y el desarrollo del IFSP, incluida la determinación de servicios y apoyos de intervención temprana apropiados. Comprendo que tengo el derecho de disputar la determinación de servicios/apoyos identificados en el IFSP y que puedo hallar información sobre el proceso de disputar en el folleto (en inglés) *State of Illinois Infant/Toddler & Family Rights under IDEA for the Early Intervention System*.

Janet Wukas Ahern, DCFS Guardianship
Administrator

Nombre del padre/madre/tutor legal en letra sencilla



Firma del padre/madre/tutor legal

6/11/19

Fecha

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y DERECHO A REHUSAR SERVICIOS

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____

Número CBO/EI: _____

Se ha remitido a su hijo al Programa de Intervención Temprana de Illinois (EI por sus siglas en inglés) para determinar si él o ella tiene una discapacidad. Se requiere que el Sistema de EI de Illinois obtenga por escrito el consentimiento informado antes de realizar una evaluación de la familia y el análisis y evaluación inicial. Esto se logra con la firma de usted más abajo.

Yo entiendo que no es obligatorio que yo acuerde aceptar cada uno o ninguno de los servicios de EI que se me ofrezcan. Sin embargo, si no acepto tales servicios, esto puede negar las oportunidades del desarrollo de mi hijo. Entiendo que puedo retirar este permiso por escrito en cualquier momento, excepto hasta el grado en que ya se haya tomado acción con motivo de mi consentimiento. Entiendo que mi negación a dar permiso, o mi retiro del permiso, resultará en una discontinuación de la participación en el programa EI

Aviso y consentimiento para la Evaluación Familiar

Se realizará una evaluación familiar a fin de determinar los recursos, las prioridades y las preocupaciones de la familia y de identificar las formas de apoyo y los servicios necesarios para mejorar la capacidad de la familia de satisfacer las necesidades del desarrollo del bebé o niño pequeño.

- Consiento a que la oficina de EI de *Child & Family Connections* administre una Evaluación Familiar.
- No consiento a que la oficina de EI de *Child & Family Connections* administre una Evaluación Familiar.

Aviso y consentimiento para Análisis y Evaluación Inicial

Una evaluación multidisciplinaria será realizada por un mínimo de dos individuos calificados y de especializaciones distintas. Se anima fuertemente la participación de usted en el proceso de evaluación. Usted conoce mejor a su hijo y puede aportar información importante acerca del niño. La evaluación brinda una visión cabal de cómo le va a su hijo en cuanto a su desarrollo físico, cognitivo, comunicativo, social o emocional y adaptivo. El método de realizar el análisis y evaluación variará según las necesidades de su hijo. Se puede incluir un repaso de archivos médicos o del desarrollo, entrevistas con los padres, una observación del niño y la administración de instrumentos de evaluación. Los evaluadores le explicarán este proceso.

- Consiento a que el Programa EI realice un Análisis y Evaluación Inicial.
- No consiento a que el Programa EI realice un Análisis y Evaluación Inicial.

Derechos del niño y de la familia con respecto a la Intervención Temprana

Se me han explicado los derechos de mi hijo y de mi familia con respecto a la Intervención Temprana y los entiendo. El Programa EI proveerá una copia del documento llamado *State of Illinois Infant/Toddler and Family Rights under IDEA for the Early Intervention System* (Los derechos de bebés, niños pequeños y sus familias en el Estado de Illinois bajo la Ley IDEA para el Sistema de Intervención Temprana), que describe estos derechos, los procedimientos que sigue el sistema EI y las medidas que puedo tomar para que se garanticen mis derechos de EI. Como lo explica el documento, entiendo

que tengo el derecho a estar en desacuerdo con las decisiones tomadas por el personal de EI, *Child and Family Connections* y cualquier proveedor de servicios, y se permite que yo presente un *State Complaint* (Queja Estatal) o que yo pida la Mediación o una *Due Process Hearing* (Audiencia del Debido Proceso).

Sistema de pagos y cuotas

El programa EI proporcionará a cada familia un Aviso del Sistema de Pagos y Cuotas, que contiene información sobre el uso de seguros privados y/o prestaciones de AllKids, participación en las Cuotas de Participación Familiar, servicios de Intervención Temprana que se proveen sin costo y servicios de Intervención Temprana que están sujetos a Cuotas de Participación Familiar, facturación al seguro privado y/o reembolso de AllKids.

Nombre del padre, madre o tutor,
escrito en letra sencilla:

Janet Wukas Ahern, DCFS Guardianship Administrator

Firma del padre, madre o tutor:



Fecha:

6/11/15

Firma de testigo:



Fecha:

6/11/15

Bajo las provisiones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996, la información recogida por la presente no puede compartirse nuevamente a menos que la persona que dio la presente autorización dé su consentimiento específico para tal acción o la misma sea permitida por la ley.

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR INFORMACIÓN PERSONALMENTE IDENTIFICABLE (PII) Y FACTURAR BENEFICIOS PÚBLICOS

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____

Número CBO/EI: _____

Recopilación y uso de información personalmente identificable (PII)

Yo por la presente doy mi permiso para que Child and Family Connections (CFC) recopile la identificación personal necesaria(PII) en relación con mi hijo y mi familia con el propósito de determinar la elegibilidad y los servicios relacionados bajo Intervención Temprana (EI). Comprendo que dicha información se guardará electrónicamente además de en un expediente de documentos impresos. El programa de Intervención Temprana (EI, siglas en inglés) utiliza un sistema de datos que recoge archivos de una amplia gama de servicios de atención médica para individuos. Estos servicios incluyen Women, Infants and Children (WIC; Mujeres, Bebés y Niños); inmunizaciones; el manejo de casos; atención médica prenatal y postparto; cuidado primario pediátrico; EI; cáncer mamario y cervical; control de la diabetes; y Healthy Families Illinois (Familias Sanas Illinois). El sistema de datos es mantenido por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y el Departamento de Salud Pública (DPH) de Illinois. Por medio de usar los datos I, DHS y DPH pueden saber que participa su hijo en EI, pero no tienen acceso a la información detallada de los servicios. La información agregada necesaria, sin el nombre de ningún cliente, se puede enviar a las agencias federales que patrocinan los programas. El usuario del sistema de datos que tiene acceso al sistema tiene el deber legal y ético de mantener lo confidencial y privado de la información y de no divulgarla a nadie a menos que usted dé su consentimiento o la ley lo requiera.

La información detallada y recopilada se utilizará solamente para los fines permitidos por la Ley de Servicios EI de la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA), la cual incluye remisiones, la determinación de elegibilidad, la provisión de servicios EI y reclamaciones. Mi coordinador(a) de servicios, los proveedores de servicios, DHS y personas designadas por DHS pueden ver y discutir la información entre sí para los fines descritos arriba. Comprendo que, si cambio a otra oficina de CFC dentro de Illinois, se transferirá mi información a la nueva oficina de CFC sin que se me pida otro permiso.

Garantías y la facturación/utilización de beneficios públicos

Si actualmente estoy escrito(a) en All Kids y/o si se me inscribe más tarde en All Kids mientras participo en EI, doy por la presente mi permiso para que CFC recopile y comparta la PII recopilada arriba para los fines de la facturación, la coordinación del cuidado y el análisis con el Departamento de Atención Médica y Servicios para la Familia (HFS), la agencia estatal encargada de administrar el programa All Kids. Además, si actualmente no estoy inscrito(a) en All Kids pero luego me inscribo, doy permiso para que CFC realice con mi PII lo arriba mencionado y presente reclamaciones de reembolso a HFS.

Comprendo las siguientes garantías:

- Los servicios EI especificados en el IFSP de mi hijo y en los cuales he consentido no se pueden negar debido a mi decisión de rehusar divulgar la PII de mi hijo a HFS, la agencia estatal encargada de administrar All Kids. Si quiero revocar mi consentimiento, notificaré a mi coordinador(a) de servicios.
- Si actualmente no estoy escrito(a) en All Kids pero me inscribo más tarde y no consiento en que EI facture a All Kids en busca del reembolso de los servicios provistos, EI aun así debe disponer aquellos servicios del IFSP para los cuales he dado mi consentimiento.
- El uso de All Kids para servicios EI no (1) disminuirá la cobertura de por vida disponible ni cualquier otro beneficio asegurado para mí o mi hijo bajo All Kids; (2) resultará en que yo pague servicios que de otro modo cubriría All Kids; (3) resultará en ningún incremento de primas ni la discontinuación de All Kids

para mí o mi hijo; ni (4) arriesgará la pérdida de la elegibilidad mía o de mi hijo para exenciones determinadas por el hogar y la comunidad y basadas en gastos agregados asociados con la salud.

- No incurriré primas, copagos ni deducibles a causa de utilizar All Kids para servicios EI.
- Si tengo seguro médico privado, All Kids requiere el uso de mi seguro privado como el seguro principal. Se me dará y firmaré el documento titulado Aviso de Consentir en Utilizar los Beneficios del Seguro o Cuidado Médico Privado y Cesión de Derechos.

Además, este consentimiento para la divulgación permite que DHS comunique información a HFS acerca del niño, la cual incluye su nombre, su número de identificación en All Kids, su fecha de nacimiento y detalles sobre su remisión y derecho a servicios EI, además de los servicios recibidos y otras remisiones hechas por EI. También se permite que HFS comunique información al médico o proveedor primario de atención médica (PCP) designado de mi hijo, a quien yo identifiqué en el IFSP como miembro del equipo, y a otros médicos tratantes de su grupo, para la coordinación del cuidado. La coordinación del cuidado permite que se informe al PCP de mi hijo de la evaluación EI de mi hijo, su elegibilidad para servicios y los servicios que recibe. HFS también puede utilizar la información para los análisis y para medir la calidad del proceso de coordinar el cuidado entre el PCP y EI. La información y los informes que produce el análisis de datos no se divulgarán con ningún dato personalmente identificable de mi hijo.

Recopilación y uso de PII por el seguro privado

Comprendo que se requiere mi consentimiento para que EI o la(s) persona(s) que designa comunique PII a mi plan de seguro médico privado para los fines de determinar, facturar y reclamar los beneficios del mismo.

Consentimiento

Doy el presente consentimiento dentro de los límites legales de mi autoridad. Para revocar mi consentimiento, contactaré a mi Coordinador(a) de Servicios.

Comprendo que se requiere que el expediente de mi hijo se archive durante un plazo de seis (6) años y que se destruirá bajo mi solicitud o al final de dicho plazo a menos que esté pendiente una acción legal.

- Doy mi consentimiento a las partes nombradas arriba para recopilar, guardar y utilizar información personalmente identificable para los fines detallados arriba.
- No doy mi consentimiento a las partes nombradas arriba para recopilar, guardar y utilizar información personalmente identificable para los fines detallados arriba.

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI ACTUALMENTE NO ESTÁ INSCRITO(A) EN ALL KIDS.

- Si actualmente no estoy inscrito(a) en All Kids pero luego se me inscribe en All Kids mientras participo en EI, consiento en el uso de mis beneficios All Kids según se describe arriba.
- Si actualmente no estoy inscrito(a) en All Kids pero luego se me inscribe en All Kids mientras participo en EI, no consiento en el uso de mis beneficios All Kids según se describe arriba.

Nombre en letra sencilla del padre, madre o tutor legal: Janet Wukas Ahern, DCFS Guardianship Administrator

Firma del padre, madre o tutor legal:



Fecha:

6/11/19

Firma de testigo:



Fecha:

6/11/19

En virtud de las disposiciones de la Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (Ley de confidencialidad en la salud mental y discapacidades de desarrollo de Illinois), la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de derechos educativos y privacidad de la familia), 20 USC 1232g, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos) de 1996, la información recopilada en la presente no debe divulgarse posteriormente a no ser que la persona que consintió en la presente divulgación consienta específicamente en tal divulgación posterior o la divulgación posterior sea permitida por ley.