

Formulario de Consentimiento Informado de eCornerstone

Nombre del participante: _____ Hombre ____ Mujer ____
(Apellido) (1er nombre) (2do nombre)

Fecha de nacimiento: _____ No. de identificación del participante _____
(mes) (día) (año)

Es importante que lea la información siguiente. Si hay algo que usted no entiende, o si tiene alguna duda, haga PREGUNTAS.

Bienvenido a eCornerstone, un sistema que obtiene y usa datos de una gran variedad de programas estatales para individuos. Estos programas incluyen: *WIC (Women, Infants and Children)* [WIC Mujeres, bebés y niños], *Immunizations* (vacunaciones); *Case Management* (manejo de casos); *Prenatal and Postpartum Care* (cuidados prenatales y posparto); *Pediatric Primary Care* (cuidados de atención primaria de pediatría); *Early Intervention* (intervención temprana); *Breast and Cervical Cancer* (cáncer del pecho y del cérvix); *Diabetes Control* (control de diabetes); *Youth Programs* (programas para jóvenes); and *Healthy Families Illinois* (familias saludables de Illinois).

Nosotros le estamos pidiendo su permiso para compartir información acerca del participante para propósitos de inscripción y manejo de caso. Esta información incluye la participación del participante en cualesquier de los programas antes mencionados. Basándonos en la información obtenida, nosotros determinaremos si el participante podría beneficiarse de otros programas patrocinados por el estado. También usaremos la información para proveer y pagar por los servicios en los cuales se ha inscrito el participante, y para remitir al participante a otros servicios que sean necesarios.

Nosotros protegemos la información personal que obtenemos sobre el participante usando procedimientos y sistemas físicos y electrónicos para salvaguardar esa información. La información relacionada con la participación en el programa se compartirá solamente con el personal autorizado que necesite tener conocimientos acerca del participante. La información también podría divulgarse, según sea necesario, para autorizar la participación, y para propósitos de auditoría y evaluación del programa. La información necesaria, sin usar el nombre de ninguno de los participantes, también se enviará a las agencias federales y / o estatales que patrocinan el programa.

Al firmar este consentimiento informado, usted acuerda permitir que la agencia / clínica use la información descrita en este consentimiento. Las personas que reciban esta información tendrán la obligación legal y ética de mantener confidencial y privada esta información, y de no divulgarla a otras entidades, fuera de las descritas en este consentimiento, sin antes obtener su permiso por escrito, a menos que lo exija la ley.

- A. Yo, por medio de la presente, autorizo a _____ (sitio de eCornerstone) para que compare los datos ya computarizados en relación a cualesquier otros programas antes mencionados en los cuales el participante haya participado, con los datos que se obtengan durante esta inscripción / proceso de inscripción sobre el participante, y para divulgar los datos según sea necesario para proveer el servicio solicitado y para hacer las remisiones necesarias.
- B. Este consentimiento abarca toda la información médica, social y financiera sobre el participante, incluyendo: información demográfica y de los antecedentes del participante; información acerca de visitas médicas; historia médica e historia del desarrollo; datos acerca de los períodos prenatales, posparto y de nacimiento; datos de las visitas del bebé / niño; documentos de vacunación; los factores de riesgos y de protección del participante; los problemas o factores que impidan que el participante reciba atención médica apropiada; las citas que haya tenido y los servicios recibidos; los objetivos y el plan de atención médica; el programa de alimentación de WIC; la información sobre programas; la información requerida por el programa de becas federales de "*Maternal and Child Health*" (Salud de la madre y del niño); los programas para jóvenes; y el programa de "*Early Intervention Program*" (Programa de Intervención Temprana). Esto aplica únicamente a lo que atañe al servicio que se provee, y de acuerdo a lo que sea necesario para lograr los objetivos antes mencionados.
- C. Este consentimiento no cubre información acerca del diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, SIDA, VIH, enfermedades transmitidas sexualmente, alcoholismo, y abuso de drogas, información que no se le dará a otros programas como parte de este consentimiento.
- D. Yo doy este consentimiento dentro de los límites de mi autoridad legal. Yo entiendo que puedo anular por escrito este consentimiento, en cualquier momento, pero que la anulación de este consentimiento no aplicará a lo que se hizo con anterioridad a esta anulación. También entiendo y estoy de acuerdo en no hacer responsable a esta agencia, o a los Departamentos de Servicios Humanos o de Salud Pública de Illinois por la divulgación de cualesquier información acerca de mí, según lo estipulado en este formulario de consentimiento o según lo permita la ley.
- E. Una copia fotostática o de fax de este consentimiento será tan válida como el original.

Para el joven / niño participante:

Para un participante adulto:

Firma de los padres / tutor legal / persona que lo cuida; fecha

O

Firma del participante adulto; fecha

Firma del joven o de la joven (OPCIONAL); fecha

Firma del testigo: _____

Fecha: _____