

El Consejo de Promoción de la Salud
Consentimiento para Participar
en el Programa del Equipo de Hogar Médico de la Comunidad
y Autorización para Revelar Información

A. Propósito y Servicios del Equipo de Hogar Médico de la Comunidad

El Capítulo de Pensilvania de la Academia Americana de la Iniciativa de Hogar Médico Pediátrico y el Departamento de Salud Pública de la División de Salud Maternal, Infantil y Familiar de Filadelfia se han asociado para apoyar la iniciativa del Equipo de Hogar Médico de la Comunidad (EHMC) bajo la sombrilla del Consejo de Promoción de la Salud (CPS). El propósito del Equipo de Hogar Médico de la Comunidad (EHMC) es proporcionar servicios directos a las familias referidas y abogar por sus necesidades.

Nuestra filosofía se basa en reconocer las fortalezas y los recursos de cada uno de nuestros clientes, al ver al mismo como un socio igual en el desarrollo de un plan de servicio para satisfacer sus necesidades y para construir una conexión más fuerte con su hogar médico. Con su autorización, EHMC proveerá servicios de hogar y recursos de referencia para apoyar a su hijo (s) y familia, incluyendo:

- Asistencia en la navegación de los sistemas médicos
- Referencias para recursos de la comunidad local y servicios sociales
- Coordinación de la atención, incluyendo la integración y las asociaciones de trabajo con el proveedor de atención primaria de su hijo
- Transición al apoyo médico de adultos
- Educación individualizada en salud

B. Reconocimiento y Consentimiento del Paciente

Para poder empezar a brindarle apoyo continuo a usted, el cliente, será necesario que el Equipo de Hogar Médico de la Comunidad del Consejo de Promoción de la Salud tenga acceso a la información de salud protegida (ISP) de su hijo, además es para establecer, y mantener comunicaciones regulares con su atención primaria actual Proveedor por debajo. Al firmar este formulario de consentimiento y autorización, usted está de acuerdo en participar en el programa del Equipo de Hogar Médico de la Comunidad (EHMC), acordando que la información de salud protegida (ISP) de su hijo puede ser entregada al Equipo de Hogar Médico de la Comunidad (EHMC) y que nos permita mantener una comunicación continua con el doctor primario de su hijo.



Yo, _____, por la presente
(nombre del cliente)

Autorizó _____
(Nombre de Hogar Médico)

Para divulgar mi información confidencial al Consejo de Promoción de la Salud, según lo solicitado.

Este permiso es recíproco, es decir, estoy dando mi permiso a ambas partes identificadas anteriormente para comunicarse entre sí, incluyendo el compartir de los resultados médicos, sociales o psicológicos, la participación / progreso / asistencia en el servicio social u otros programas, y toda otra información relevante.

Entiendo que toda la información obtenida por el Consejo de Promoción de la Salud permanecerá confidencial y sólo estará disponible para el personal del Consejo de Promoción de la Salud para que yo reciba los servicios. También estoy consciente de que, a menos que se rescinda, esta autorización para divulgar información caducará un año a partir de la fecha siguiente.

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante una solicitud por escrito en la medida en que la persona que ha de hacer la revelación ya ha actuado en dependencia de ella.

Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado y entiendo que la autorización expirará un año después de la fecha firmada.

Firma del cliente (Cuidador)

Fecha

Firma adicional del cuidador

Fecha

Yo certifico que he revisado este documento con el (los) cliente:

Iniciales: _____

Fecha: _____