

# FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORNERSTONE

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Numero de Identificación del Solicitante: \_\_\_\_\_

Es importante que lea lo siguiente. Si hay algo que no entiende o tiene alguna duda, pregúntenos por favor.

Bienvenido al programa Cornerstone, que es un sistema de recopilación de datos, de una variedad muy amplia de servicios concernientes a la salud, prestados a diferentes individuos. Estos servicios incluyen: WIC (Mujeres, Infantes y Niños); Vacunas; Manejo de Casos; Cuidado Prenatal y Postparto; Cuidado Pediátrico Primario; Intervención Temprana; Cáncer del Seno y Cáncer Cervical; Control de Diabetes; Familias Sanas de Illinois; y Historia de la Salud de la Familia/Su Genética.

Estamos preguntando por su permiso para recopilar información acerca del solicitante y añadirla al sistema central de computadoras, que el Departamento de Servicios Humanos (IDHS), y el Departamento de Salud Pública mantiene. Basado en la información recopilada en los procesos de inscripción y registro, se determinará si usted deberá recibir otros servicios en el futuro. Solo aquellos profesionales del cuidado de la salud que estén autorizados y que tengan necesidad de obtener información referente a usted, tendrán acceso directo a esta información. Esta información será proporcionada para autorización de servicio, con el propósito de intervención y evaluación de casos. La información básica, sin el nombre del solicitante, será enviada a las agencias que proveen los fondos para estos programas.

Al firmar esta forma de consentimiento, usted estará de acuerdo que cierta información sea recopilada por esta agencia/clínica. Las personas o persona que recopilan esta información, tienen la obligación legal y ética de mantener esta información confidencial y privada, y no proporcionarla a nadie, sin la autorización escrita por usted o, a menos que, la ley lo permita.

A. Yo autorizo \_\_\_\_\_ (Clínica Cornerstone) a recopilar información durante los procesos de inscripción y registro.

B. Esta autorización cubre toda la información médica, social y financiera acerca del solicitante, incluyendo: antecedentes del solicitante, información demográfica; información de visitas al proveedor de servicios médicos y desarrollo físico; historial médico; información acerca del cuidado prenatal, parto y postparto; visitas de los infantes o niños al proveedor de servicios médicos; registro de vacunas; riesgos del solicitante; problemas o factores que han evitado que el solicitante obtenga el cuidado médico apropiado; citas y servicios recibidos; metas y planes para la atención; paquete de alimentos de WIC; información del programa; información requerida por el Programa Federal de Salud Materna e Infantil; y Intervención Temprana. Cualquier información que usted no quiera que se incluya, deberá ser escrita en la parte D de esta forma.

C. Esta autorización también cubre la información acerca de la salud mental, SIDA, HIV, enfermedades sexuales transmisibles, alcoholismo, y uso de drogas que sea reportada por mí. Entiendo que no es necesario discutir estos asuntos con nadie.

D. La siguiente información es la que no quiero que sea revelada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E. Estoy llenando esta forma de consentimiento dentro de los límites de mi autoridad legal. Yo entiendo que puedo anular esta forma de consentimiento, oralmente o por escrito en cualquier momento, pero la anulación no cancela lo que se haya hecho con la misma antes de que sea anulada. También entiendo y estoy de acuerdo en no hacer responsable al Departamento de Servicios Humanos o al Departamento de Salud Pública de Illinois por cualquier información revelada de acuerdo con los términos descritos en esta forma de consentimiento.

F. La copia fotostática/fax, de esta forma de consentimiento es comparable al original.

Nombre/Firma del Niño Solicitante:

Firma del Adulto Solicitante:

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardian Legal                      Fecha                      Ó                      Firma del Adulto Solicitante                      Fecha

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_