

Consentimiento del Participante para el Programa Healthy Beginnings

El Programa Healthy Beginnings contrata a agencias de la comunidad para trabajar como un solo programa que ofrece pruebas de detección, evaluaciones y una variedad de servicios de prevención e intervención temprana a niños y familias elegibles.

Por medio de mi firma en este consentimiento acuerdo participar, y que mis hijos menores de edad, mencionados a continuación o que nazcan dentro del año de firmado el presente formulario, participen en el sistema de proveedores de servicios Healthy Beginnings, el cual opera como un programa individual enfocado en lograr nacimientos saludables, mantener a los niños fuera de situaciones de abuso o negligencia y ayudarlos a que comiencen la escuela listos para aprender. Los servicios del sistema podrían incluir pruebas de detección, tratamiento y referidos a especialistas para obtener servicios que ayudarán a mi familia a lograr las metas identificadas y podrían incluir servicios en el futuro para mí o para mis hijos menores de edad (o ambos).

Entiendo que:

- Toda información recogida sobre mi persona y mis hijos menores de edad durante nuestra participación en estos programas y servicios será protegida de divulgación y mal uso según lo establece el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad, bajo los requisitos de HIPAA.
- Los servicios ofrecidos por medio del Programa Healthy Beginnings son voluntarios y tengo el derecho de participar en aquellos servicios que considere apropiados.
- Tengo derecho a denegar el plan de servicios que se me asigne o a pedir un cambio de personal o de proveedor de servicio (si hubiera más de uno) sin correr el riesgo de perder mis servicios.
- Tengo derecho a que mis quejas y sugerencias sean escuchadas, y a recibir respuestas dentro de un tiempo razonable.
- Tengo derecho a retirar este consentimiento haciéndolo por escrito y a terminar mi participación de los servicios en cualquier momento. (El retirar mi consentimiento no afectará el que pueda recibir tratamiento y cuidados si deseo solicitar servicios en el futuro.)
- Tengo derecho a esperar que las agencias participantes me den servicios competentes, de calidad, y libres de discriminación.
- El firmar este consentimiento le permite a las agencias participantes el establecer un historial familiar, mantener registros de los clientes y dar entrada a mi información personal a un sistema de datos de clientes. La información que se recogerá podría incluir: datos demográficos, resultados de evaluaciones y pruebas de detección, información de referidos a especialistas, planes de tratamiento, y notas del caso o de progreso. Esta información estará disponible para aquellas agencias participantes que trabajen directamente conmigo y mi familia con el propósito de planificar y proveer servicios.
- Mi historial familiar podría ser revisado con propósitos administrativos, fiscales, evaluativos, y de auditoría. Para garantizar la calidad y el impacto del programa, mi información podría ser compartida con otras agencias. Cualquier informe generado de tales revisiones no incluirá información personal que identifique a mi familia.
- Las agencias participantes deberán cumplir con las leyes estatales que requieren el informar sobre cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil.

_____ Mis iniciales indican que tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el Programa Healthy Beginnings, que mis preguntas fueron contestadas, y que me entregaron el **Aviso Sobre Prácticas de Privacidad** para leerlo y retener una copia.

Después de haber revisado toda la información en este formulario, indico que doy mi consentimiento de participación, así como la participación de mis hijos menores de edad (si aplica) en el Programa Healthy Beginnings.

Firma del Participante

Nombre del Participante
(Letra de molde)

Fecha

Firma del Participante

Nombre del Participante
(Letra de molde)

Fecha

Para menores de 18 años:

Nombre del Niño(a)

Firma del Padre o Tutor

Nombre del Padre o Tutor
(Letra de molde)

Fecha