

**Consentimiento para Health Home
Inscripción**

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs

Para utilizar con menores de 18 años

Instrucciones: Este formulario se debe utilizar para inscribir a menores de 18 años en un programa de asistencia médica (Health Home)* y debe firmarlo el padre, tutor o un representante legalmente autorizado del menor. Un representante legalmente autorizado para la inscripción en Health Home se define de la siguiente manera: "una persona o un organismo autorizado por una ley estatal, tribal, militar o cualquier otra, por orden judicial o consentimiento para actuar en representación de una persona en lo que respecta a las decisiones de atención médica". Todas las partes correspondientes deben completar y firmar el *formulario de Consentimiento/Divulgación de información/Para utilizar con menores de 18 años de Health Home* (DOH 5201).

***[Se debe tener en cuenta que las menores embarazadas, aquellos menores que sean padres y/o que estén casados, y que por algún otro motivo pueden otorgar consentimiento, no deben utilizar este formulario. En su caso, deben utilizar el formulario *Consentimiento para divulgar información de pacientes de Health Home* (DOH 5055)].**

Advance Care Alliance of New York
NOMBRE DEL HEALTH HOME

NOMBRE DEL MENOR EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

Se me explicó que el menor mencionado anteriormente está calificado para estar en un programa Health Home.

Leí y comprendí la hoja de preguntas frecuentes de Health Home.

Las preguntas que tenía acerca del programa Health Home me las respondió

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE HEALTH HOME Y CARGO

Comprendo qué es el programa Health Home y cómo puede ayudar a este menor. Comprendo qué significa estar inscrito en Health Home y por qué se compartirá la información de salud de este menor.

Al firmar este formulario, acepto que

NOMBRE DEL MENOR

quedará inscrito en

Advance Care Alliance of New York
NOMBRE DE HEALTH HOME

Health Home.

Comprendo que este formulario de consentimiento reemplaza otros formularios de inscripción en Health Home que hubiese firmado anteriormente.

Comprendo que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento si firmo un *Consentimiento/Renuncia a la inscripción en Health Home y a la divulgación de información/Para utilizar con menores de 18 años de Health Home* (DOH 5202).

Si no firmo este formulario de consentimiento, comprendo que el menor no quedará inscrito en Health Home.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR

RELACIÓN DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL CON EL MENOR

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR

FECHA