

ESTADO DE ILLINOIS  
CORNERSTONE  
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORNERSTONE

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: (Mes/Dia/Año) \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer

Numero de Identificacion del Participante: \_\_\_\_\_

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

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

Estamos preguntando por su permiso para recopilar informacion acerca del participante y añadirla al sistema central de computadoras, que el Departamento de Servicios Humanos (IDHS), y el Departamento de Salud Publica mantiene. Basado en la informacion recopilada en los procesos de inscripcion y registro, se determinara si usted debera recibir otros servicios en el futuro. Solo aquellos profesionales del cuidado de la salud que esten autorizados y que tengan necesidad de obtener informacion referente a usted, tendran acceso directo a esta informacion. Esta informacion sera proporcionada para autorizacion de servicio, con el proposito de intervencion y evaluacion de casos. La informacion basica, sin el nombre del participante, sera enviada a las agencias que proveen los fondos para estos programas.

Al firmar esta forma de consentimiento, usted estara de acuerdo que cierta informacion sea recopilada por esta agencia/ clinica. Las personas o persona que recopilan esta informacion, tienen la obligacion legal y etica de mantener esta informacion confidencial y privada, y no proporcionarla a nadie, sin la autorizacion escrita por listed o, a menos que, la ley lo permita.

- A. Yo autorizo \_\_\_\_\_ (Clinica Cornerstone)  
a recopilar informacion durante los procesos de inscripcion y registro.
- B. Esta autorizacion cubre toda la informacion medica, social y financiera acerca del participante, incluyendo: antecedentes del participante, informacion demografica; informacion de visitas al proveedor de servicios medicos y desarrollo fisico; historial medico; informacion acerca del cuidado prenatal, parto y postparto; visitas de los infantes o nifios al proveedor de servicios medicos; registro de vacunas; riesgos del participante; problemas o factores que han evitado que el participante obtenga el cuidado medico apropiado; citas y servicios recibidos; metas y planes para la atencion; paquete de alimentos de WIC; informacion del programa; informacion requerida por el Programa Federal de Salud Materna e Infantil; y Intervencion Temprana. Cualquier informacion que usted no quiera que se incluya, debera ser escrita en la parte D de esta forma.
- C. Esta autorizacion tambien cubre la informacion acerca de la salud mental, SIDA, HIV, enfermedades sexuales transmisibles, alcoholismo, y uso de drogas que sea reportada por mi. Entiendo que no es necesario discutir estos asuntos con nadie.
- D. La siguiente informacion es la que no quiero que sea revelada:
- E. Estoy llenando esta forma de consentimiento dentro de los limites de mi autoridad legal. Yo entiendo que puedo anular esta forma de consentimiento, oralmente o por escrito en cualquier momento, pero la anulacion no cancela lo que se haya hecho con la misma antes de que sea anulada. Tambien entiendo y estoy de acuerdo en no hacer responsable al Departamento de Servicios Humanos o al Departamento de Salud Publica de Illinois por cualquier informacion revelada de acuerdo con los terminos descritos en esta forma de consentimiento.
- F. La copia fotostatica/fax, de esta forma de consentimiento es comparable al original.

Para el Nino Participante:

Para el Adulto Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardian Legal/Vigilante/Fecha

O

\_\_\_\_\_  
Firma del Adulto Participante/Fecha

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

Fecha \_\_\_\_\_

Revisado Marzo 2014