



CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD INFANTIL (CHEC)

El Instituto CARES, un programa que forma parte de la Rowan-Virtua School of Osteopathic Medicine (Rowan-Virtua SOM), se compromete a brindar atención de calidad a los menores y sus familias.

Por el presente, autorizo a _____ a recibir una Evaluación integral de la salud infantil (*Comprehensive Health Evaluation for Children*, CHEC) en el Instituto CARES.

La CHEC puede consistir en una evaluación de salud mental y consumo de sustancias, una evaluación del desarrollo o un examen físico integral. La evaluación durará aproximadamente entre 5 y 8 horas, en función de la edad. Después de esta evaluación, el tutor o tutora legal o la persona que tiene la custodia del menor o de la menor recibirá un resumen de los hallazgos y las recomendaciones específicas para ayudar en la planificación de la atención del menor o de la menor.

Entiendo que esta evaluación puede realizarse mediante telesalud. Entre los posibles beneficios de una consulta de telesalud se incluyen la posibilidad de brindar atención sin contacto presencial, la flexibilidad en la programación de citas y una ubicación conveniente (por ejemplo, el hogar de acogida). Además, es posible que los o las jóvenes se sientan especialmente a gusto con la telesalud, dado que suelen comunicarse a través de medios en línea o electrónicos. Los posibles riesgos de una consulta de telesalud incluyen la posibilidad de que sea más difícil garantizar la confidencialidad y que surjan dificultades tecnológicas que interrumpan o incluso impidan la cita. Además, la evaluación CHEC completa no se puede realizar por telesalud. Es decir, la evaluación médica consistirá principalmente en la recopilación de antecedentes y solo podrá brindar información preliminar y parcial, y la evaluación de salud mental no incluirá todas las medidas de evaluación que se utilizan habitualmente en una evaluación de salud mental CHEC. Entiendo estos riesgos y beneficios y doy mi consentimiento para una consulta de telesalud.

Entiendo que la parte médica de la evaluación puede ser realizada por un médico o medica o un enfermero o enfermera de práctica avanzada autorizados para ejercer en el estado de Nueva Jersey.

Entiendo que las partes de la evaluación relacionadas con la salud mental y el desarrollo, que consisten en instrumentos de detección, pueden ser realizadas por uno o varios proveedores de salud mental, según lo permita la ley del estado de Nueva Jersey. Tal como lo establece la ley, los proveedores de salud mental pueden ser los siguientes: (según se indica a continuación)

- ☐ Psicólogo o psicóloga autorizados en Nueva Jersey
- ☐ Persona a la que el estado de Nueva Jersey le ha otorgado permiso para brindar servicios de salud mental de forma independiente mientras espera la obtención de la autorización. Esta persona es titular de un permiso, no un psicólogo/a autorizado. Cabe destacar que es posible que los terceros pagadores no reembolsen necesariamente los servicios prestados por una persona no autorizada por la Junta de Psicología, aunque esté supervisada por un psicólogo/a autorizado.
- ☐ Persona en formación posdoctoral/titular de un permiso supervisado, que brinda servicios de salud mental bajo la supervisión directa de un psicólogo o una psicóloga autorizados en Nueva Jersey. El o la posdoctoral/titular de un permiso supervisado no es un psicólogo/a autorizado. Cabe destacar que es posible que los terceros pagadores no reembolsen necesariamente los servicios prestados por una persona no autorizada por la Junta de Psicología, aunque esté supervisada por un psicólogo/a autorizado.

El Instituto CARES mantiene registros escritos y electrónicos sobre el menor o al menor que se mantendrán confidenciales en la medida en que lo permita la ley. En determinadas situaciones, es posible que se requiera que el

Instituto CARES divulgue información médica/de salud mental, sin mi consentimiento, en los siguientes casos: (i) si se requiere tratamiento de emergencia; (ii) para prevenir una amenaza grave o inminente para mi salud y seguridad o la de el menor o la menor, o para la salud y seguridad de otras personas o del público; (iii) según lo exijan las leyes federales o de Nueva Jersey, por ejemplo, a la línea directa de denuncias de maltrato de New Jersey, Medicare, Medicaid, la Oficina del Inspector General, así como para notificar enfermedades transmisibles, negligencia o maltrato; (iv) según lo disponga una orden judicial firmada por un juez. El Instituto CARES también puede divulgar información de salud para facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios recibidos, o si así lo exige un tribunal o una agencia administrativa, como la División de Protección y Permanencia Infantil (*Division of Child Protection and Permanency*, CP&P).

Si tengo alguna pregunta, entiendo que puedo comunicarme con un miembro del personal de CHEC al (856) 566-6799.

Las llamadas recibidas fuera del horario de atención se transfieren al servicio de contestador del Instituto CARES, donde puedo dejar un mensaje para el personal de CHEC. Sin embargo, entiendo que el Instituto CARES no es mi proveedor de atención primaria ni el del menor y no cuenta con un equipo de respuesta en caso de crisis las 24 horas. Si el menor o la menor o yo necesitamos asistencia inmediata o si el menor o la menor se encuentra en peligro inmediato, entiendo que debo comunicarme con el proveedor de atención primaria, al 9-1-1 o, en caso de emergencias de salud mental, con el centro de crisis local.

La información sobre el menor o la menor obtenida a partir de las evaluaciones médicas y de salud mental puede compartirse con el cuidador o cuidadora o el padre o la madre de acogida. Por el presente, autorizo a que la parte médica del informe de CHEC se divulgue a los proveedores médicos con el fin de realizar el diagnóstico y tratamiento posteriores del menor. El proveedor o la proveedora médico de CHEC también está autorizado/a a acceder a las evaluaciones o los informes médicos relacionados con evaluaciones médicas previas por maltrato o negligencia. La presente autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha indicada en ella.

Firma del tutor legal o la persona que tiene la custodia del cliente

Fecha

Firma del menor (de 14 años o más)

Fecha

Testigo

Fecha

Una fotocopia o copia por fax de este formulario tiene la misma validez que el original. Se aceptan firmas electrónicas.

Revisado el 9/08/26