

# ESCUELAS PUBLICAS DE CHICAGO-INICIATIVA DE ESCUELA DE COMUNIDAD FORMA DE REGISTRACION DEL XX1 CCLC

## INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre:		Raza: : <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de Nacimiento:	Telefono 1:	Telefono 2:	
Dirección Actual:			
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	
Correo Electronico:	Grado Escolar:		

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto de emergencia(Padre/Guardian/Otro):		
Dirección:		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Relación:		

## INFORMACION PADRE/GUARDIAN

Padre/Padraastro/Guardia•n:		
Dirección:		
Trabajo:	Celular:	Casa:
Madre/Madrastra/ Guardia•n:		
Dirección:		
Trabajo:	Celular:	Casa:

## CONDICIONES MÉDICAS DE LAS CUALES CPS- INICIATIVA DE ESCUELAS DE COMUNIDAD DEBE ESTAR ENTERADO

--

## INFORMACIÓN DE PARTICIPACION DE DEPORTES (SI APLICA)

Fecha de Temporada:	
Horario de Practica:	Fecha de Temporada:
Fecha de Temporada:	
Horario de Practica:	Fecha de Temporada:

## INFOMACION DE EMPLEO DEL ESTUDIANTE (SI APLICA)

Empleador Actual:	
Dirección de Empleador:	Horas/Semana Típica:

## FIRMAS

Hemos leído y firmado con iniciales todas las declaraciones al reverso y acordamos respetar todo estos reglamentos.

Fecha:	Fecha:
Firma de Padre/ Guardia•n:	Fecha:

## PHOTOS

Yo doy a CPS-Iniciativa de Escuelas de Comunidad permiso de usar fotos de mi niño/niña para propósitos promocionales dentro del alcance del Programa de Después de la Escuela y Programas de Enriquecimiento  
 SI  NO

<b>Firma del Padre/ Guardia•n:</b>	<b>Fecha:</b>
------------------------------------	---------------

## ATRAS

### ESCUELAS PUBLICAS DE CHICAGO-INICIATIVA DE ESCUELA DE COMUNIDAD APLICACION DE PROGRAMACION DEL XXI CCLC

Doy permiso a la escuela de notificar a un contacto de emergencia autorizado por mi para actuar en mi favor en caso que no pueda ser localizado durante una emergencia medica.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Doy permiso al niño/niña para tomar parte en los programas y actividades proevidos por la Iniciativa de Escuelas de Comunidad XXI CCLC.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Comprendo que este programa se centra en dar clases privadas académicas y enriquecimiento, los deportes y la recreación, la educación de habilidades de vida, así como prevención de abuso de sustancias.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Comprendo que alguna cuenta médica contraída por un accidente es mi responsabilidad y yo no mantendré al CPS o a sus socios obligados por tales ocurrencias.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Comprendemos y afirmamos las expectativas siguientes del estudiante: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cada estudiante tiene el derecho de aprender y paticipar en el porgrama, a menos que sea revocado debido a medidas disciplinarias.</li> <li>Cada empleado tiene derecho de enseñar, entrenar, presentar sus materiales y actividades.</li> <li>Todos tienen el derecho de sentirse física y emocionalmente seguro.</li> </ul>	Padre/Guardia•n Iniciales_____ Estudiante Solicitante Iniciales:_____
Comprendemos y afirmamos esta póliza de asistencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy de acuerdo en asistir a todas las sesiones de cualquier programa para el que me registro.</li> <li>Estoy de acuerdo que faltas de 3 sesiones consecutivas, o 5 o más sesiones en un semestre, sin documentación puede resultar en ser expulsado del programa.</li> </ul>	Padre/ Guardia•n Iniciales_____ Estudiante Solicitante Iniciales:____
Comprendemos y afirmamos esta póliza de comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantendré conducta apropiada de acuerdo con el código de estudiante de conducta de CPS.</li> <li>Comprendo que mis padres/guardianes serán notificados si hay en mi conducta inapropiada (conducta que amenaza la seguridad física o emocional a terceros o que interrumpa la atmósfera educativa) y ese caso como resultado mi despido del programa para el resto del cuarto de semestre en el que el caso ocurra.</li> <li></li> </ul>	Padre/ Guardia•n Iniciales_____ Estudiante Solicitante Iniciales:____

### TRANSPORTACION DE AUTOBUS

Mi esudiante va (seleccione una de las opciones abajo)

\_\_\_\_\_ Mi niño/niña caminara a la casa despues del programa 21<sup>st</sup> CCLC

\_\_\_\_\_ Mi niño/niña será recogido(a) por un padre/guardián.

\_\_\_\_\_ Mi niño /niña asegurará su propio transporte.

Nota: Los estudiantes que salen antes que el programa termine deban avisar al Cordinador del 21<sup>st</sup> CCLC. Por favor escriba su inicial aquí, si su estudiante puede salir antes que el programa termine\_\_\_\_\_.

### VOLUNTARIO

Estoy interesado en ser un padre voluntario en la escuela de mi hijo. \_\_\_ Si \_\_\_ No

**Firma del Padre/ Guardia•n:**

**Fecha:**



**Permiso Adicional de los Padres para la Participación del Niño para la Encuesta del Programa:**  
***“Midiendo la Efectividad de Programas en Chicago de Escuelas de la Comunidad”***

**¿Cuál es el propósito de este estudio de evaluación?** Metropolitan Family Services está pidiéndole a usted y su hijo(a) que participen en el programa de estudio de evaluación para ayudarnos aprender más acerca de las mejoras que los estudiantes tienen en la escuela después de haber participado en el programa de las Escuelas de la Comunidad. El programa de las Escuelas de Comunidad es cualquier actividad en la que participa su hijo(a) antes o después de la escuela. Queremos saber cómo están mejorando los estudiantes en el salón de clases y cómo se comportan con los compañeros y maestros. También queremos determinar la cantidad de estudiantes que disfrutaron del programa. Esperamos incluir cerca de 10.000 estudiantes que asisten nuestro programa escolar en el estudio de evaluación del programa cada año.

Este programa de evaluación está siendo conducido por Vikki Rompala, directora de calidad y resultados, de Metropolitan Family Services. Si usted acepta participar, su hijo(a) será registrado y la información será obtenida durante el final del año escolar a menos que decida cambiar de opinión. Si usted cambia de opinión, su hijo(a) dejara de participar en la evaluación. Puede haber otras personas en el equipo de investigación ayudando con el estudio del departamento de calidad y resultados de Metropolitan Family Services.

**¿Por qué usted y su niño se le pide que participe en la investigación?** Usted y su hijo(a) han sido invitados a participar en ésta investigación porque su hijo(a) está inscrito en los programas de las escuelas de la comunidad que toman lugar antes o después de clases en la escuela de su hijo(a). Sólo los estudiantes y padres que participan en la programación serían capaces de contarnos sobre sus experiencias, razón por la cual usted y su hijo se les pide participar.

**¿Qué voy hacer si estoy de acuerdo en participar en la investigación?** Se le pedirá que complete una encuesta a principios del año escolar sobre su intereses en los tipos de programaciones específicos que la escuela puede ofrecer y el momento ideal para la programación. Esto ayudara a informar al personal de las Escuelas de la Comunidad en la escuela de su hijo(a) mientras planean la programación. Se le pedirá que complete una encuesta de padres/cuidadores al final del año escolar. Esta encuesta le preguntará sobre su propia satisfacción con el Programa de las Escuelas de la Comunidad para su hijo(a). También le preguntará si el Programa ha cambiado su compromiso como padre en la participación académica y escolar con su hijo(a).

**¿Qué se le pedirá a mi hijo(a) hacer si le permito participar en esta investigación?** Si su hijo(a) está en el 3er grado o más elevado, se le podrá pedir que completa una encuesta sobres sus intereses específicos del programa para asistir en la planificación del Programa. Se le pedirá a su hijo(a) completar un cuestionario de satisfacción al final de cada año escolar mientras participe en el Programa para entender cómo se siente acerca de su participación en el Programa en las diferentes áreas de su vida y qué opina del Programa

**Padres por favor estén conscientes de que bajo la cláusula del Protection of Pupil Rights Act. 20 U.S.C. Section 1232 (c)(1)(A), ustedes tienen derecho a revisar una copia de las preguntas que se le harán a sus estudiantes. Si tiene dudas, puede comunicarse con Vikki Rompala al (312) 986-4292 para obtener una copia de las preguntas y/o materiales usados en el programa.**

**¿Cuánto tiempo tomará ésta encuesta?** La encuesta de los padres tomará aproximadamente 10-15 minutos de su tiempo y será recolectada al final del año escolar. Nuestro plan es pedirles a los padres que completen ésta encuesta el día que pasen a recoger la boleta de calificación de fin de año de su hijo(a). Para el niño, tardará unos 10-15 minutos de su tiempo completar la encuesta del fin de año. Los estudiantes tendrán tiempo durante el programa para terminar la encuesta.



**¿Qué otra información se necesitará para éste estudio de evaluación?** Metropolitan Family Services mantiene registros de asistencia de su participación en el programa de escuelas de la comunidad, y esta información de asistencia del programa se incluirán en esta evaluación. Además, la o el maestra/o tendrán que completar una encuesta. La encuesta le preguntara a la o al maestra/o sobre el trabajo académico, comportamiento, asistencia y como se lleva con sus compañeros y maestro/a su estudiante.

**¿Hay riesgos involucrados en participar en este estudio?** Participar en éste estudio no crea más riesgos que los que se pueden encontrar en el transcurso de la vida diaria. Pudiera ser que su hijo(a) o usted, sintieran vergüenza o incomodidad al contestar algunas preguntas. Hay un pequeño riesgo que los archivos de su hijo(a) no permanezcan confidencial, pero las prácticas de seguridad hacen esto muy improbable.

**¿Hay algún beneficio a los participantes en este estudio?** Usted y su hijo(a) no serán personalmente beneficiados por participar en éste estudio de evaluación. Con éste estudio de evaluación, esperamos saber cómo mejorar el Programa de las Escuelas de la Comunidad y obtener mejores resultados académicos para estudiantes en un futuro.

**¿Puede usted decidir no dejar que su hijo(a) participe?** Su participación es voluntaria, que significa que puede elegir no permitir que sus hijos(as) participen. Usted o su hijo(a) puede elegir no participar en este estudio y participar en el programa de escuelas de la comunidad. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Incluso si usted está de acuerdo permitir que su niño(a) participar en la investigación, el niño(a) puede decidir que él o ella no quiere participar en este estudio ahora o una vez que él o ella empiece el estudio, puede retirarse en cualquier momento de la investigación. No habrá consecuencias negativas, sanciones o pérdida de beneficios si usted decide no permitir que su niño(a) participen o si cambia de opinión más adelante y retira a su hijo(a) de la investigación después de que él o ella haya comenzado a participar.

**¿Hay otras opciones para mi hijo que la investigación?** En vez de participar en este estudio su hijo(a) puede trabajar en sus tareas o leer un libro. Incluso si usted o su hijo decide no estar en la investigación, es bienvenido a compartir su opinión general al personal del programa en el programa de escuelas de la comunidad. No, se incluirán opiniones generales en esta investigación.

**¿Quién verá la información del estudio de mi hijo(a) y cómo será protegida la confidencialidad de la información colectada para la investigación?** Los registros de la investigación se mantendrán y almacenarán de manera segura. Información de su hijo(a) se combinarán con información de otras personas que participan en el estudio. Al escribir sobre el estudio o publicar un documento para compartir la investigación con otros investigadores, vamos a escribir acerca de la información combinada que hemos reunido. No incluiremos el nombre de tu hijo(a) o cualquier información que directamente identifique a su hijo(a). Haremos todo lo posible para evitar que cualquier persona que no está en el equipo de investigación sepa que su hijo(a) nos dio información, o que es esa información. Sin embargo, algunas personas pueden revisar o copiar nuestros archivos que pueden identificar a su hijo(a) para asegurarse de que estamos siguiendo requeridas reglas, leyes y regulaciones, por ejemplo, la Federal Institutional Review Board. Investigación de registros se almacenarán de forma segura y están protegidos por contraseñas y solo personal de investigación será capaz de mirar esta información. Tres años después de la conclusión de este estudio se destruirán todos los datos de investigación. Esto incluye expedientes educativos de su hijo(a) y todas las encuestas completadas.

**¿Quién debe ser contactado para obtener más información acerca de la investigación?** Antes de decidir si o no permitir que su niño(a) participe en el estudio, por favor, haga cualquier pregunta que podría venir a la mente ahora. Más adelante, si usted o su hijo(a) tiene preguntas, sugerencias, inquietudes o quejas sobre el estudio o usted o su niño(a) quieren obtener información adicional o proporcionar información sobre esta investigación,



usted o su niño(a) puede comunicarse con la investigadora Vikki Rompala, Directora de Calidad y Resultados de Metropolitan Family Services, en 312-986-4292 o [rompalav@metrofamily.org](mailto:rompalav@metrofamily.org).

Esta investigación ha sido revisada y aprobado por Metropolitan Family Services Federal (IRB) IRB00007336. Si usted (o su hijo/a) tiene preguntas sobre los derechos del niño(a) como un sujeto de investigación usted o su niño/a puede comunicarse con Vikki Rompala, Directora de Calidad y Resultados de Metropolitan Family Services, al 312-986-4292 o por correo electrónico a [rompalav@metrofamily.org](mailto:rompalav@metrofamily.org).

*Se le dará una copia de esta información para mantener en sus registros.*

**Declaración del padre o tutor legal autorización para participación de los niños en la investigación:**

- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros escolares del estudiante, cuestionar el contenido de dichos registros y limitar mi consentimiento a los registros designados o a partes designadas de la información dentro de los registros.
- Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el 1 de septiembre de 2020. Entiendo que, para revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito de mi intención de revocarlo a: CPS Office of Accountability, 42 West Madison Street, Suite 300, Chicago, Illinois 60602 o a Metropolitan Family Services, 1 North Dearborn, Suite 1000, Chicago, Illinois 60602.





---

## FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES

**Participación en el estudio de Evaluación del Programa, “Midiendo la efectividad de los programas de las escuelas de la comunidad,” involucra:**

**Para todos los participantes,** el maestro(a) de su hijo(a) debe completar un cuestionario llamado Encuesta del Maestro(a) al final de cada año escolar y Metropolitan recolectará records de participación del programa.

**Para estudiantes del 3er grado en adelante,** su hijo(a) se le pedirá que llene unas encuestas al final de cada año escolar mientras el/ella participe en el programa y a usted se le pedirá llenar una encuesta de fin de año. A usted y a su hijo también se les puede pedir que completen una encuesta para evaluar sus intereses en las actividades y horas del programa específico para informar la planificación del programa.

**Éste permiso y consentimiento es válido desde hoy y hasta el final del año escolar.**

Nombre de mi hijo(a) es \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_  
nombre y apellido

### Estudio de Evaluación del Programa:

- SI, Participaré en el estudio de Evaluación del Programa y autorizo la participación de mi hijo(a) en éste Estudio de Evaluación del Programa.**
- NO, No participaré en el estudio de Evaluación del Programa y no autorizo la participación de mi hijo(a) en éste Estudio de Evaluación del Programa.**

---

### FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Por favor regresar ésta forma llena a Metropolitan Family Services*







**CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LA PARTICIPACION DE LA ENCUESTA DEL PROGRAMA: "Medición de la eficacia del programa de los programas de escuelas de la comunidad en Chicago"**

Mi nombre es Vikki Rompala, y soy una investigadora que trabaja en Metropolitan Family Services. Estoy ayudando al personal de los programas de escuelas de la comunidad para aprender más sobre lo bien que estás haciendo en el salón de clases, si eres capaz de llevarte bien con tus compañeros y maestros, y cuánto disfrutas del programa. El programa de las Escuelas de Comunidad es cualquier actividad en la que participa su hijo(a) antes o después de la escuela. Esperamos que la información que obtengamos de esta investigación ayude a otro personal de la escuela a entender mejor lo que estudiantes y familias reciben viniendo a los programas y cómo pueden ayudarle mejor en la escuela.

Queremos pedirte que seas parte de este estudio de investigación. Si dices que sí, te pediremos que completes una encuesta al principio y al final del programa. También le pediremos a tu maestro y al adulto que se encarga de ti, completar encuestas sobre cómo piensan que hiciste después de haber sido parte del programa. Al principio y al final del año escolar, las encuestas deben tomar entre 10-15 minutos y vamos a hacerlas durante el tiempo del programa.

Queremos que sepas que aún puedes estar en el programa independientemente si dices sí o no a estar en esta evaluación del programa de estudio. Si tu aceptas ser parte de este estudio, significa que también utilizaremos lo que nos dices para aprender acerca de cómo los estudiantes en general se sienten sobre diferentes áreas de sus vidas y la escuela. También puedes decidir no participar en el estudio en cualquier momento. Participar en el estudio es tu opción – no hay ninguna penalidad por no participar.

Algunas de las preguntas podrían hacerte sentir incómodo o avergonzado, pero queremos que sepas que puedes saltar cualquier pregunta que te haga sentir incómodo. Hay un pequeño riesgo de que tus registros no permanezcan confidenciales, pero haremos todo lo posible para mantener los registros privados. También, en cualquier informe que se escriba, no incluiremos todo aquello que es personal como tu nombre. Los registros de estudio se almacenarán de forma segura y están protegidos por contraseñas. Algunas personas podrían revisar nuestros registros para asegurarse de que estamos haciendo lo que se supone que. Se destruirán todos los datos de estudio después de tres años del final del estudio. Si tu quieres ser parte del estudio, por favor firma tu nombre en la parte inferior de la página. Esto nos dice que dices sí y quieres ser parte de él. Si tu tienes dificultad escribiendo, tu cuidador puede escribir tu nombre para mostrar que quieres ser parte de nuestro estudio.

Gracias por ayudarnos aprender cómo los estudiantes se sienten sobre distintas áreas de sus vidas, cómo se sienten acerca de nuestro programa y cómo están haciendo en la escuela. Nuestros números de teléfono están en la parte inferior de la página. Por favor llámanos si tienes cualquier pregunta, ya sea ahora o más tarde, sobre el estudio.

**¿Qué pasa si tu tienes preguntas, preocupaciones o quejas?** Si tienes preguntas, sugerencias, inquietudes o quejas sobre el estudio o si deseas obtener más información o aportar sobre esta investigación, puedes comunicarte con la investigadora, Vikki Rompala, en 312-986-4292 o por correo electrónico [RompalaV@metrofamily.org](mailto:RompalaV@metrofamily.org).

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por la junta de revisión de Metropolitan Family Services (IRB). Si tu tienes preguntas acerca de tus derechos como participante de investigación puedes contactar a Vikki Rompala, directora de calidad y resultados de Metropolitan Family Services, al 312-986-4292 o por correo electrónico a [RompalaV@metrofamily.org](mailto:RompalaV@metrofamily.org).

***Se te dará una copia de esta información para mantener tus registros.***

Spanish Student Assent for Community Schools Programming 06.18.19





**Declaración de asentimiento de la asignatura:**

He leído la información anterior. He tenido todas mis preguntas e inquietudes respondidas.

**Sí**, Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

**NO**, No estoy de acuerdo en estar estudio de investigación.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado escolar del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de impresa del estudiante: \_\_\_\_\_

Edad del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_



## AVISO DE DERECHOS DEL CLIENTE Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### I. DERECHOS DEL CLIENTE

Es la política de Metropolitan Family Services (MFS) no discriminar a ningún cliente o solicitante de servicios debido a raza, color, sexo, edad, discapacidad, nacionalidad, religión, embarazo, situación militar, situación familiar, orientación sexual, identidad de género, estado de orden de protección, licenciamiento desfavorable del servicio militar, o cualquier otra clase protegida por cualquier ley local, estatal o federal.

Además:

1. Los clientes tienen el derecho de estar libres de abuso, negligencia y explotación.
2. Los clientes tienen el derecho de recibir servicios de salud mental en el entorno menos restrictivo.
3. Los clientes tienen el derecho de comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services), el pagador público o el asegurador del pago en relación con un beneficio de salud o el proceso de quejas de la entidad. El personal de la agencia ayudará a los clientes para que tengan acceso a los recursos adecuados y facilitar el contacto.
4. Los derechos del cliente deberán ser protegidos de conformidad con el Capítulo 2 del Código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (Mental Health and Developmental Disabilities Code).
5. Las personas o tutores en nuestros Acuerdos de Vivienda Integrada de la Comunidad tienen permitido comprar y usar los servicios de médicos privados y otros profesionales de salud mental y discapacidades del desarrollo de su elección.
6. Los clientes tienen el derecho de acomodo razonable para sus discapacidades, como lo requiere la Ley de Estadounidenses Discapacitados (Americans with Disabilities Act), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) y la Ley de Derechos Humanos de Illinois (Illinois Human Rights Act).
7. MFS realizará todos los esfuerzos razonables para comunicarse con usted en un idioma que conozca y usará tecnología de comunicación para abordar dificultades de audición y de la vista.
8. Los clientes tienen el derecho de que no se les nieguen, suspendan o se den por terminados los servicios o que se les reduzcan los servicios por ejercer los derechos del cliente.

### II. PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MFS sostiene una política de cumplimiento estricto de las leyes estatales y federales de privacidad, incluida la Ley de Violencia Doméstica de Illinois (Illinois Domestic Violence Act), la Ley de Protección de Información Personal de Illinois (Illinois Personal Information Protection Act), la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act), y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act) (HIPAA). Este aviso describe cómo la información médica, de salud mental y de servicios sociales acerca de usted puede ser usada y divulgada, y cómo puede tener acceso a esta información. Revise este aviso cuidadosamente. Lo ayudará a comprender sus derechos como beneficiario de los servicios.

No se divulgará información personal protegida, o solicitada en los formularios de MFS, a otras personas, organizaciones, agencias o terceros sin su consentimiento informado por escrito, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley. Estas excepciones pueden incluir compartir la información protegida con otras agencias de servicios de salud del comportamiento en respuesta a una orden judicial, o para protegerlo a usted y a otros contra lesiones, abuso o negligencia. MFS no puede usar o divulgar su información protegida con fines de mercadeo, o vender su información protegida sin su consentimiento por escrito.

*Los clientes que reciben servicios de violencia doméstica que se identifican como víctimas de violencia doméstica tienen protecciones de confidencialidad adicionales bajo la Ley de Violencia Doméstica de Illinois (Illinois Domestic Violence Act): De acuerdo con esta Ley, MFS no puede divulgar la información personal de dichos clientes sin el consentimiento por escrito del cliente, excepto para el informe obligatorio de abuso o negligencia de menores, de adultos mayores, o adultos con discapacidades, o de hacerse daño a sí mismo o hacer daño a otros.*

## **PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996** **(HIPAA, por sus siglas en inglés)**

En MFS estamos comprometidos con la protección de la privacidad y confidencialidad de sus expedientes médicos. La ley aplicable nos exige conservar y salvaguardar la privacidad de su información médica protegida (PHI), notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su PHI, y notificarle después de que existe una violación de la seguridad de la PHI. Debemos apegar a los términos proporcionados en este aviso mientras esté en vigor. Este aviso fue actualizado el 8-1-2019 y estará vigente hasta que sea revisado.

MFS se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y las prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre que dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer efectivas las provisiones del nuevo aviso para toda la PHI que tenemos, incluyendo la PHI que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Antes de hacer un cambio material a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y pondremos a su disposición el nuevo aviso como es requerido por la ley.

### **A. INFORMACIÓN COMPARTIDA ENTRE AGENCIAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

MFS participa con otras agencias de servicios de salud mental (individualmente una “Entidad Cubierta Participante”) en una o más redes de atención administrada, incluidas entre otras, las establecidas por la Alianza de Práctica Médica de Illinois, LLC (Illinois Health Practice Alliance, LLC) y el Consorcio de Salud del Comportamiento de Illinois, LLC (Behavioral Health Consortium of Illinois, LLC) (en conjunto las “Compañías”). A través de las Compañías, las Entidades Cubiertas Participantes han formado uno o más sistemas organizados para la atención médica en la que las Entidades Cubiertas Participantes participan en actividades conjuntas para asegurar la calidad, y/o para compartir el riesgo financiero de la entrega de atención médica con otras Entidades Cubiertas Participantes, y como tales, califican para participar en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement) (“OHCA”), como se define en la Regla de Privacidad. Como participantes del OHCA, todas las Entidades Cubiertas Participantes pueden compartir la PHI de sus pacientes con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica de todos los participantes del OHCA.

Haremos divulgaciones de las notas de psicoterapia que tengamos únicamente si usted nos proporciona una autorización por escrito o cuando la divulgación sea a las agencias participantes del OHCA descritas anteriormente, o cuando sea permitido o requerido por la ley. Otros usos y divulgaciones no descritas en este aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito o cuando sea permitido o requerido por la ley. Usted puede retirar su autorización por escrito como está dispuesto en la ley aplicable. El retiro no afectará cualquier uso o divulgación permitida mientras su autorización estuvo vigente.

### **B. SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN**

**Usted tiene el derecho de:**

**Revisar y copiar sus registros**, guardados en un conjunto designado de registros, con limitadas excepciones. Un “conjunto designado de registros” incluye registros médicos, de salud mental y de facturación, así como cualquier

otro registro que usemos para proporcionarle servicios médicos. Proporcionaremos los registros en el formato que usted solicite, incluidas copias electrónicas si están disponibles, a menos que en la práctica no podamos hacerlo. Deberá hacer su solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI y puede obtener un formulario de solicitud con el personal de MFS. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y la posibilidad de que las razones del rechazo puedan ser revisadas y cómo. Tiene el derecho de tener una copia de sus registros y se le puede cobrar una cuota por los gastos de copiado y envío. También puede solicitar que su PHI sea divulgada a quien usted designe proporcionando una solicitud por escrito y firmada que especifique la persona designada y a dónde enviar la copia de su PHI.

**Obtenga un recuento de la información divulgada de su registro** de los seis (6) años anteriores, pero no antes del 14 de abril de 2003, en la que nuestros asociados comerciales divulgaron su PHI con fines diferentes al tratamiento, pago, operaciones de atención médica o que fueron autorizadas por usted y para otras actividades específicas. Si solicita este recuento más de una vez en un periodo de doce (12) meses, es posible que le cobremos una cuota razonable, basada en los costos, para responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre la cuota aplicable cuando la solicite.

**Solicite correcciones a su registro**, con excepciones limitadas, enviando una solicitud por escrito al Director de Privacidad de MFS. Su solicitud deberá explicar por qué debe ser corregida su PHI. Le proporcionaremos una respuesta puntual. Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide corregir información que: (a) no fue creada por MFS y quien la originó sigue disponible, (b) no es parte de la información conservada por o para MFS, (c) es precisa y está completa, o (d) por otras razones específicas previstas en la ley.

Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito a la que usted puede responder con una declaración de desacuerdo. Entonces agregaremos nuestra respuesta y su declaración de desacuerdo a la información que quería corregir. También podemos preparar una refutación por escrito a su declaración de desacuerdo y proporcionarle una copia. Si aceptamos su solicitud para corregir la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que designe, de la corrección y para incluir los cambios en cualquier divulgación de esa información en el futuro.

**Solicite restricciones o limitaciones en relación con la PHI** divulgada acerca de usted para la entrega de servicios, pagos u operaciones comerciales. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos su solicitud a menos que exista una emergencia o, de otra manera, seamos obligados por la ley para divulgar información.

**Solicite comunicados confidenciales** de MFS acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que solo llamemos a su trabajo o enviemos correos a una dirección especial o buzón de la oficina de correos y no a la dirección de su hogar. Su solicitud debe ser por escrito. No tiene que explicar las razones de su solicitud, pero debe especificar cómo o dónde podemos comunicarnos con usted. Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables. También puede solicitar que MFS comparta información con su familia, amigos cercanos y otras personas involucradas en su atención o en el pago de su atención médica o en situaciones de desastre o socorro.

**Reciba notificaciones** acerca de cualquier violación de su PHI no segura.

**Otorgue un poder notarial médico a otra persona**, o haga que se le asigne otro tutor, para ejercer sus derechos o para tomar decisiones acerca de su información médica.

**Revoque su autorización** para que MFS use o comparta su PHI, en la mayoría de las circunstancias, enviando una revocación por escrito a MFS en cualquier momento.

Reciba una copia del aviso del Director de Privacidad de MFS en cualquier momento, incluyendo copias en papel si las solicita.

### C. CÓMO PUEDE USAR MFS SU INFORMACIÓN SIN SU CONSENTIMIENTO

**Para que la entrega del servicio proporcione**, coordine o administre los servicios que le proporcionamos en MFS y a través de las agencias participantes de OHCA. La cantidad mínima de información protegida necesaria para lograr los objetivos del tratamiento puede ser divulgada a supervisores, otros miembros del equipo de tratamiento, consultores y administradores.

**Para el pago**, de manera que nosotros o las agencias participantes del OHCA puedan recibir el pago de usted, de su compañía de seguros u otras fuentes de financiamiento. La cantidad mínima de información protegida será divulgada para garantizar el reembolso de los servicios que se le proporcionaron.

**Para operaciones comerciales** y para mejorar la calidad de nuestros servicios. Por ejemplo: podemos usar sus registros para evaluar los servicios que recibió o divulgar su PHI a agencias participantes del OHCA para revisiones de control de calidad, y a agencias de supervisión médica y agencias certificadoras para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento. Además, algunos servicios de MFS son coordinados con organizaciones de atención administrada a través de contratos con el Estado, que están autorizadas legalmente para recibir la información de sus servicios para revisar y aprobar el pago por los servicios.

**Para estar en cumplimiento** de la revisión de organismos gubernamentales federales y estatales para garantizar el cumplimiento de las leyes federales y estatales relacionadas con la atención médica.

**Para comunicarnos** con usted acerca de citas, tratamientos y otros asuntos que se relacionan con los servicios que está recibiendo.

**Para capacitación y recaudación de fondos**, aunque la información protegida divulgada no contendrá información que lo identifique. Es posible que nos comuniquemos con usted o divulguemos una cantidad limitada de su PHI a un asociado comercial o fundación relacionada institucionalmente con el propósito de recaudar fondos para nuestro beneficio. Si hacemos esto, usted puede optar por recibir comunicados de dichas recaudaciones de fondos. Su decisión no afectará el pago por los servicios.

**Para asociados comerciales**, terceros que proporcionan algunos servicios de MFS, tales como auditores financieros, servicios de respuesta y psiquiatras. Siempre que la entrega de dichos servicios a usted requiera el uso o divulgación de su información protegida, MFS tendrá un contrato escrito que contenga los términos para proteger la privacidad de la información de sus servicios.

**Para informar el abuso infantil o de adultos mayores** cuando el personal crea con causa razonable que un niño puede ser víctima de abuso o negligencia están obligados por la ley a informar esto al Departamento de Niños y Servicios Familiares de Illinois (Illinois Department of Children and Family Services); y cuando el personal crea con causa razonable que un adulto mayor o un adulto incapaz de buscar ayuda debido a alguna discapacidad, ha sido víctima de abuso o negligencia están obligados por la ley a informar esto al Departamento de Servicios de Protección de Adultos de Illinois (Illinois Department of Adult Protective Services).

**Para informar del riesgo de lesión a clientes y otros** cuando el personal crea con causa razonable que existe un riesgo de lesión grave, inmediata, física o emocional o muerte pueden informar a la policía y a las personas que podrían ser afectadas por la acción amenazadora. El personal también realiza pasos para facilitar o asegurar la hospitalización



del cliente, si se justifica. La actividad criminal en las instalaciones de MFS pueden requerir que se comparta información con la policía.

**Para la mejora continua de la calidad (CQI)** o “Revisión de pares” para mejorar los servicios, lo que puede incluir la revisión de registros de los clientes. Algunos de los hallazgos podrían ser publicados para su uso dentro y fuera de MFS, pero su nombre y otra información que pudiera identificarlo no será usada en ninguna publicación o informe.

**Para responder a demandas y acciones legales** incluidas órdenes judiciales y administrativas.

**Para el beneficio público** según sea autorizado por la ley para los siguientes propósitos que se consideran de interés o beneficio público:

- según sea requerido por la ley;
- para actividades de salud pública, incluida la respuesta a una amenaza de bioterrorismo, informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, ciertos propósitos de supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) (FDA) en relación con un producto o actividad regulada por la FDA, y para los empleadores en relación con enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo requeridas por la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Act) (OSHA) u otras leyes similares;
- para informar abuso, negligencia de adultos o violencia doméstica;
- para agencias de supervisión de la salud;
- para los oficiales de la policía de conformidad con órdenes judiciales y otros procesos legales en relación con víctimas del delito, muertes sospechosas, delitos en las instalaciones de MFS, informe de delitos en emergencias y con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso o a otra persona;
- para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad;
- para las fuerzas armadas y funcionarios federales para la inteligencia legal, contrainteligencia y actividades de seguridad nacional;
- para instituciones correccionales en relación con los internos;
- según sea autorizado por, y en la extensión necesaria para cumplir con, las leyes estatales de compensación de los trabajadores;
- en conexión con ciertas actividades de investigación;
- para forenses, médicos forenses y directores de funerarias; o
- para una organización de obtención de órganos.

#### **D. USO Y DIVULGACIÓN DE CIERTOS TIPOS DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Para ciertos tipos de PHI, las leyes estatales pueden proporcionar mayor protección de su privacidad. Por ejemplo, es posible que se requiera la autorización específica de usted, o si es requerido por la ley, para usar y/o divulgar PHI, incluidas entre otras, VIH/SIDA, información genética, información de salud mental, información de abuso de alcohol y sustancias. En estas instancias, seguiremos lo previsto en la ley de Illinois.

#### **E. QUEJAS DE CLIENTES**

Sus derechos para quejarse están protegidos de acuerdo con la Ley de Derechos de Pacientes Médicos de Illinois (Illinois Medical Patient Rights Act) y HIPAA. No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera si presenta una queja ante MFS o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Consulte la sección III. Procedimientos de Quejas de Clientes para obtener más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con la privacidad.

### III. PROCEDIMIENTOS DE LAS QUEJAS DE CLIENTES

MFS proporciona procedimientos internos para abordar las quejas de los clientes. Lo animamos a expresar cualquier inquietud acerca de los servicios que recibe a su proveedor de servicios tan pronto como surjan. MFS no tomará represalias en contra de los clientes o clientes potenciales que presenten una queja de buena fe ante MFS o agencias externas o si coopera con cualquier investigación que resulte. Se mantendrá la confidencialidad durante todo el proceso de investigación en la medida de lo posible y lo permitido por la ley. Si lo solicita, puede conseguir servicios de asistencia de idioma y tecnología de comunicación para abordar dificultades auditivas o de la vista.

Dependiendo de la naturaleza de sus inquietudes, deberá usar uno de los siguientes procedimientos de quejas:

#### A. QUEJA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

Las quejas de satisfacción del servicio pertenecen a inquietudes acerca de la calidad de los servicios, programas o actividades de MFS. Las quejas de satisfacción del servicio deben presentarse primero a la atención de un Supervisor del Programa. Si no está satisfecho con la resolución del Supervisor, puede presentar una queja informal ante un Gerente del Programa. Si no está cómodo con enviar una queja inicial a un Supervisor del programa, puede enviar la queja inicial directamente a un Gerente del programa. Si no está satisfecho con la resolución del Gerente, puede presentar una queja formal por escrito ante un Director Ejecutivo usando el Formulario de Queja del Cliente de MFS. El Director Ejecutivo proporcionará una respuesta por escrito. Puede apelar la resolución del Director Ejecutivo ante el Director Operativo enviando un Formulario de Queja del Cliente de MFS a Metropolitan Family Services, Attn: Chief Operating Officer, 1 North Dearborn, 10<sup>th</sup> Floor, Chicago, Illinois 60602. El Director Operativo hará una determinación final en relación con su queja.

#### B. QUEJA DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

Sus derechos de privacidad serán protegidos de acuerdo con la Ley de Violencia Doméstica de Illinois (Illinois Domestic Violence Act), la Ley de Derechos del Paciente Médico de Illinois (Illinois Medical Patient Rights Act), HIPAA, y otras leyes aplicables. Si tiene preguntas acerca de sus derechos de privacidad o la información en este aviso, puede comunicarse con el Director de Privacidad de MFS por correo o teléfono. Si desea presentar una queja de privacidad o confidencialidad ante MFS, puede enviar un Formulario de Queja del Cliente de MFS a el Director de Privacidad a la siguiente dirección. El Director investigará la queja y responderá por escrito. Si cree que MFS ha violado sus derechos de privacidad, también puede presentar una queja ante el Director de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Metropolitan Family Services  
Attn: Privacy Officer  
1 North Dearborn – 10th Floor  
Chicago, Illinois 60602  
(312) 986-4116

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
233 North Michigan Ave, Suite 1300  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 886-2359 or TDD: (312) 353-5693

#### C. QUEJA DE DERECHOS CIVILES

Si usted, como cliente o solicitante de servicios, cree que le han sido negados los beneficios completos de servicios, programas o actividades de MFS con base en su membresía en una clase protegida, puede presentar una queja formal ante el Director Ejecutivo de su programa usando el Formulario de Queja del Cliente de MFS. Las quejas deben ser enviadas a un Director Ejecutivo dentro de los 60 días naturales posteriores a la fecha en que se enteró

de la supuesta discriminación. El Coordinador de Derechos Civiles puede realizar una investigación informal y proporcionar una determinación en cuanto a su queja.

Si desea apelar la determinación del Coordinador, su queja deberá ser recibida por MFS dentro de los 20 días naturales a partir de la fecha en que se le envió la determinación. Para apelar, envíe un Formulario de Queja de Cumplimiento de MFS al Director Operativo a: Metropolitan Family Services, Attn: Chief Operating Officer, 1 North Dearborn, 10<sup>th</sup> Floor, Chicago, Illinois 60602. Su apelación debe incluir la razón de la apelación y cualquier información adicional que deba ser considerada. El Director Operativo hará una determinación final en relación con su queja.

*Nota:* Ciertos programas de MFS pueden tener procedimientos de queja adicionales requeridos por los financiadores. Antes de enviar una queja bajo esta política, puede preguntar al Supervisor del programa o al Coordinador de Derechos Civiles si los procedimientos adicionales rigen el programa relacionado en su queja. Puede comunicarse con el Coordinador vía correo postal a Metropolitan Family Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 North Dearborn, 10<sup>th</sup> Floor, Chicago, Illinois 60602, o por correo electrónico a CivilRightsCoordinator@Metrofamily.org.

**D. NOTIFICACIÓN A FINANCIADORES Y AGENCIAS EXTERNAS**

Además de presentar una queja interna ante MFS, puede obtener información adicional y/o presentar una queja ante los financiadores y agencias externas enumeradas en la página 8. Si no está seguro de qué agencia externa debe contactar en relación con el programa relacionado en su queja, comuníquese con el Supervisor de su programa o con el Coordinador de Derechos Civiles para recibir ayuda.

---

**MFS se reserva el derecho de cambiar este aviso con base en cambios en la política y leyes aplicables. MFS hará todos los esfuerzos razonables para notificar a los destinatarios de servicios cualquier cambio a este aviso.**

*Es su responsabilidad informar a MFS cualquier cambio en su información de contacto.*

---

Nombre del cliente

---

Firma del cliente*	Fecha
--------------------	-------

---

Firma del tutor / padre o tutor de un cliente menor de 12 años	Relación	Fecha
--	----------	-------

---

Firma del personal	Fecha
--------------------	-------

\* Los clientes entre 12 y 17 años que reciben servicios ambulatorios de conformidad con 405 ILCS 5/3-5A-105 no requieren consentimiento del padre o tutor para recibir servicios.



Illinois Coalition Against Domestic Violence  
806 South College Street  
Springfield, Illinois 62704  
(217) 789-2830

Illinois Criminal Justice Information Authority  
Attn: Civil Rights Officer  
300 West Adams Street, Suite 200  
Chicago, Illinois 60606  
(312) 793-8550  
CJA.CivilRightsOfficer@illinois.gov  
<http://www.icjia.org/grants/grant-resources>

Illinois Dept. of Children and Family Services  
100 West Randolph Street, 6<sup>th</sup> Floor  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 814-6800

Illinois Dept. of Healthcare and Family Services  
401 S. Clinton Street, 5<sup>th</sup> Floor  
Chicago, Illinois 60607  
(312) 793-4322  
TTY: (312) 793-1407

Illinois Dept. of Human Rights, Intake Unit  
100 West Randolph Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 814-6200  
<https://www2.illinois.gov/dhr/FilingCharge/Pages/Intake.aspx>

Illinois Human Rights Commission  
100 West Randolph Street, Suite 5-100  
Chicago, Illinois 60601  
(312) 814-6269  
TTY: (312) 814-4760

Illinois Dept. of Human Services  
Mental Health Division  
600 East Ash, Building 500, 3<sup>rd</sup> Fl.  
Springfield, Illinois 62703  
(800) 843-6154

IDHS Office of Inspector General - Medicaid Only  
160 North LaSalle Street  
Chicago, Illinois 60601  
(800) 368-1463

U.S. Dept. of Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
HHH Building, Room 509F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
(877) 696-6775  
TTY: (800) 537-7697  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

U.S. Dept. of Justice  
Office of Justice Programs  
Office for Civil Rights  
810 Seventh Street N.W.  
Washington, D.C. 20531  
<https://ojp.gov/ocr/complaint.htm>

Equip for Equality  
20 North Michigan Avenue, Suite 300  
Chicago, Illinois 60602  
(312) 341-0022  
(800) 537-2632  
TTY: (800) 610-2779

Guardianship and Advocacy Commission  
160 North LaSalle Street, Suite S500  
Chicago Illinois 60601  
(312) 793-5900





## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDIOS DE METROPOLITAN FAMILY SERVICES

Por la presente doy mi consentimiento a Metropolitan Family Services (Metropolitan), sus representantes y socios, a usar imágenes de mí mismo, y/o la(s) persona(s) de quien soy guardián, y la semejanza de, y/o cualquier declaración de entrevista mía en sus materiales de marketing/comunicados. Esto incluye, pero no se limita al uso en:

- Afiliados, agentes y socios de Metropolitan: sitios web; plataformas de redes sociales; comunicados en la red; publicaciones; presentaciones; y otros materiales de marketing/medios y actividades.

Entiendo que estas imágenes, declaraciones, videos y/u otras formas de medios de comunicación en las que yo, o la persona(s) de quien soy guardián, son para el beneficio de Metropolitan, sus afiliados, agentes y socios, y doy mi permiso completo para usar el contenido que Metropolitan ha enumerado anteriormente.

Entiendo que la(s) imagen(es) y las declaraciones de la entrevista seguirán siendo propiedad de Metropolitan. También entiendo que ninguna regalía, tarifa u otra compensación derivada de ningún medio en el que aparezca será pagadera ahora o en el futuro.

Este consentimiento no requiere aprobación adicional por parte mía.

Certifico que tengo 18 años o mayor de 18 años.

Iniciar solo una de las opciones a continuación:

\_\_\_\_\_ **Estoy de acuerdo** en que yo y/o mi semejanza se(n) utilizado(s) en las comunicaciones de Metropolitan.

\_\_\_\_\_ **No quiero** que yo y/o mi semejanza se(n) utilizado(s) en las comunicaciones de Metropolitan.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para las personas menores de 18 años, se requiere el permiso de un padre o guardián en este formulario.**

El padre o guardián legal del menor mencionado a continuación, da su consentimiento y autoriza lo mencionado anteriormente en nombre de dicho menor.

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Edad del menor: \_\_\_\_\_

Por favor inicie solo una de las siguientes tres opciones:

\_\_\_\_\_ Se puede identificar a este menor por su nombre completo como se menciona arriba.

\_\_\_\_\_ Por favor identifique a este menor SOLO con su primer nombre.

\_\_\_\_\_ Por favor no identifique a este menor por su nombre.

Certifico que tengo 18 años de edad o más, y soy el padre/guardián del menor mencionado anteriormente.

Firma del padre  
o guardián legal: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_