CORNERSTONE INFORMED CONSENT FORM

Name of Participant: _____
(Last) (First) (M)

Date of Birth: _____ Male____ Female _____
(Month) (Day) (Year)

Participant's ID Number _____

It is important that you read the following. If there is anything that you do not understand, or if you have any questions, be sure to ASK.

Welcome to Cornerstone, a system that collects data on a wide range of health care services to individuals. These services include WIC (Women, Infants and Children); Immunizations; Case Management; Prenatal and Postpartum Care; Pediatric Primary Care; Early Intervention; Breast and Cervical Cancer; Diabetes Control; and Healthy Families Illinois.

We are asking for permission to collect information about the participant and store it in a centralized computer system maintained by the Illinois Departments of Human Services and Public Health. Based on the information collected during the enrollment or registration process, we will determine whether you need further service. Only those authorized health care professionals with a direct need to know about you will have access to this information. Information may be released for service authorization, audit, and evaluation purposes. Necessary information, without any client's name, will be sent to federal agencies that fund these programs.

By signing this consent form, you agree to allow certain information to be collected by this agency/clinic. The person(s) receiving this information has a legal and ethical duty to keep the information confidential and private and not release it to anyone else without your written permission unless the law allows it.

A. I authorize **JO DAVIESS CO HEALTH DEPARTMENT** (Cornerstone site) to collect information during the enrollment/registration process.

B. This authorization covers all the medical, social and financial information about the participant, including: participant background and demographic information; health visit information; medical and developmental history; prenatal, birth, and postpartum data; infant/child visit data; immunization records; participant risks; problems or factors that prevent the participant from receiving proper medical care; appointments made and services received; goals and care plan; WIC food packages; program information; information required by the federal Maternal and Child Health Block Grant Program, and Early Intervention. Any information you do not want released should be written in Part D.

C. This authorization also covers information about mental health, AIDS, HIV, sexually transmissible diseases, alcoholism, and drug use, which may be reported by me. I understand that I am not required to report or discuss those matters with anybody.

D. The following information I do NOT want to be shared: _____

E. I am making this consent within the limits of my legal authority. I understand that I may revoke this consent orally or in writing at any time, but that revoking this consent will not cancel what was done before I revoked it. I also understand and agree not to hold the Illinois Departments of Human Services and Public Health liable for the release of any information about me in accordance with the terms of this consent form.

F. A photo static copy/facsimile of this consent will be as valid as the original.

For child participant: *For adult participant:*

_____ **OR** _____
Signature of parent/legal guardian/caretaker/Date Signature of adult participant/Date

Signature of Witness:_____ Date:_____

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORNERSTONE

Nombre del Solicitante: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre _____ Mujer _____
(Mes) (Día) (Año)

Numero de Identificación del Solicitante: _____

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

Bienvenido al programa Cornerstone, que es un sistema de recopilación de datos, de una variedad muy amplia de servicios concernientes a la salud, prestados a diferentes individuos. Estos servicios incluyen: WIC (Mujeres, Infantes y Niños); Vacunas; Manejo de Casos; Cuidado Prenatal y Postparto; Cuidado Pediátrico Primario; Intervención Temprana Parte C; Cáncer del Seno y Cáncer Cervical; Control de Diabetes, y Familias Sanas de Illinois.

Estamos preguntando por su permiso para recopilar información acerca del solicitante y añadiria al sistema central de computadoras, que el Departamento de Servicios Humanos (IDHS), y el Departamento de Salud Publica mantiene. Basado en la información recopilada en los procesos de inscripción y registro, se determinará si usted deberá recibir otros servicios en el futuro. Solo aquellos profesionales del cuidado de la salud que estén autorizados y que tengan necesidad de obtener información referente a usted, tendran acceso directo a esta información. Esta información será proporcionada para autorización de servicio, con el propósito de intervención y evaluación de casos. La información básica, sin el nombre del solicitante, será enviada a las agencias que proveen los fondos para estos programas.

Al firmar esta forma de consentimiento, usted estara de acuerdo que cierta información sea recopilada por esta agencia/clínica. Las personas o persona que recopilan esta información, tienen la obligación legal y ética de mantener esta información confidencial y privada, y no proporcionarla a nadie, sin la autorización escrita por ústed o, a menos que, la ley lo permita.

A. Yo autorizo JO DAVIESS COUNTY (Clínica Cornerstone) a recopilar información durante los procesos de inscripción y registro.

B. Esta autorización cubre toda la información médica, social y financiera acerca del solicitante, incluyendo: antecedentes del solicitante, información demográfica; información de visitas al proveedor de servicios médicos y desarrollo físico; histórial médico; información acerca del cuidado prenatal, parto y postparto; visitas de los infantes o niños al proveedor de servicios médicos; registro de vacunas; riesgos del solicitante; problemas o factores que han evitado que el solicitante obtenga el cuidado médico apropiado; citas y servicios recibidos; metas y planes para la atención; paquete de alimentos de WIC; información del programa; información requerida por el Programa Federal de Salud Materna e Infantil; y del Programa Intervención Temprana Parte C. Cualquier información que usted no quiera que se incluya, deberá ser escrita en la parte D de esta forma.

C. Esta autorización también cubre la información acerca de la salud mental, SIDA, HIV, enfermedades sexuales transmisibles, alcoholismo, y uso de drogas que sea reportada por mí. Entiendo que no es necesario discutir estos asuntos con nadie.

D. La siguiente información 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 anulación no cancela lo que se haya hecho con la misma antes de que sea anulada. También entiendo y estoy de acuerdo en no hacer responsable al Departamento de Servicios Humanos o al Departamento de Salud Publica de Illinois por cualquier información revelada de acuerdo con los términos descritos en esta forma de consentimiento.

F. La copia fotostática/fax, de esta forma de consentimiento es comparable al original.

Nombre/Firma del Niño Solicitante: Firma del Adulto Solicitante:

_____ Ó _____
Firma de los Padres/Guardian Legal Fecha Firma del Adulto Solicitante Fecha

Firma del Testigo: _____ Fecha _____