



Información para clientes y preguntas frecuentes sobre ICANS

¿Qué es ICANS?

ICANS es un sistema electrónico seguro basado en Internet que se usa para administrar y gestionar las evaluaciones CANS, los Planes de Atención Integral

WInS, los Planes Integrales de Crisis y Seguridad WInS y los Planes Integrales de Transición WInS en Idaho.

¿Por qué quiero que la información de mi hijo esté disponible en ICANS?

Los Criterios de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS, por sus siglas en inglés) son una herramienta para medir las necesidades y las fortalezas de su hijo y su familia. CANS se utiliza en Idaho para determinar el nivel de deterioro funcional de un niño o joven y orientar las decisiones de planificación del tratamiento. En Idaho, el sistema ICANS utiliza la información de la evaluación CANS para ayudar a los clínicos y otros proveedores de servicios de salud mental infantil a recomendar el nivel de atención adecuado.

Para participar en o recibir ciertos programas financiados por el estado, como los Servicios de Empoderamiento de la Juventud (Programa YES), un niño/joven tendrá que completar una evaluación CANS.

ICANS es la plataforma aprobada por Idaho para administrar y puntuar las evaluaciones CANS, los Planes de Atención Integral WInS, los Planes Integrales de Crisis y Seguridad WInS y los Planes Integrales de Transición WInS. Si no permite que la información de su hijo esté disponible en el sistema ICANS, es posible que su hijo no pueda acceder a determinados servicios o programas financiados por el estado.

Permitir que la información de su hijo se ingrese al sistema ICANS posibilita que esté disponible para los proveedores y personal autorizados para que puedan tomar decisiones más informadas y colaborativas sobre los servicios y la atención de la salud mental de su hijo.

¿Por qué tengo que completar y firmar el consentimiento informado?

Al completar y firmar el formulario de autorización de consentimiento informado, le permite a la agencia indicada introducir la información de su hijo en el sistema ICANS.

Si el formulario de autorización de consentimiento informado es completado y firmado, su proveedor no puede introducir la información de su hijo en el sistema ICANS.

¿Quién puede introducir la información de mi hijo en el sistema ICANS?

La agencia que ha nombrado en la parte superior del formulario de autorización de consentimiento informado tiene permiso para añadir la información de su hijo a ICANS.

¿Quién tendrá acceso a la información de su hijo en ICANS?

Los usuarios autorizados pueden tener acceso a la información de su hijo en ICANS.



Un usuario autorizado es una persona designada por una agencia proveedora o por la División de Salud Conductual del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho que necesita acceder a ICANS para realizar su trabajo.

Los ejemplos de usuarios potenciales autorizados pueden incluir, pero no están limitados a:

- El personal de la División de Salud Conductual Infantil.
- El personal de la División de Servicios Familiares y Comunitarios (FACS), incluidos los de Discapacidades del Desarrollo y Bienestar Infantil si su hijo participa en sus programas.
- El personal de Medicaid y/o Optum responsable de la coordinación, el pago y la gestión de calidad de los servicios de salud conductual en Idaho.
- Los proveedores de evaluaciones independientes contratados por Medicaid, que evalúan la elegibilidad de los niños para algunos servicios de salud mental infantil financiados por el estado.
- Los proveedores contratados por el Departamento de Salud y Bienestar para administrar los Planes de Atención Integral WInS, los Planes Integrales de Crisis y Seguridad WInS y los Planes Integrales de Transición WInS.

Todos los usuarios de ICANS también deben cumplir con las políticas y procedimientos de ICANS, que incluyen las normas de privacidad y seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"). El uso del sistema ICANS para cualquier otra razón está terminantemente prohibido.

¿Qué información pueden ver los usuarios autorizados de ICANS?

La información limitada introducida en el sistema ICANS es visible para todos los usuarios autorizados.

Solo la siguiente información en el sistema ICANS **puede ser compartida** con todos los usuarios autorizados:

- Apellido
- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de seguro social*
- Género
- Raza
- Etnia
- Dirección
- Identificadores (otros números como el número de identificación de Medicaid)

*El número de seguro social (SSN) se recoge a efectos de la identificación de los participantes, la prevención de la

duplicación de beneficios y la información. El SSN es un componente fundamental para la gestión de casos y las actividades de coordinación de atención.

El Departamento de Salud y Bienestar está autorizado a recopilar y utilizar los números de seguro social (SSN) para determinar la elegibilidad para Medicaid, verificar información y evitar la participación duplicada. Proporcionar su SSN puede minimizar los retrasos administrativos relacionados con el servicio solicitado. El Departamento no revelará el SSN de una persona sin su consentimiento a nadie fuera del Departamento, excepto en los casos previstos por la ley. 31 CFR 1.32; 42 CFR §435.910.

La siguiente información en el sistema ICANS **no se comparte** con los usuarios autorizados sin una autorización de información específica firmada:

- Diagnóstico(s)
- Cualquier información relacionada con el abuso de sustancias.
- Calificaciones en cualquiera de los ítems de CANS.
- Comentarios introducidos en el ICANS relacionados con la puntuación de CANS.
- Resultados del nivel de atención recomendado

¿Cómo puedo compartir la información de mi hijo entre los proveedores de tratamiento de mi hijo?

Además del formulario de autorización de consentimiento informado de ICANS, se debe completar y firmar una autorización de información específica para que el proveedor de su hijo pueda acceder a los registros completados por otra agencia proveedora.

¿Qué información puede ver el proveedor de tratamiento de mi hijo?

El proveedor de tratamiento de su hijo puede acceder a cualquier registro de ICANS de su hijo que haya sido introducido por ese proveedor y/o agencia específicos.

Nota: además del formulario de autorización de consentimiento informado de ICANS, se debe completar y firmar una autorización de información específica para que el proveedor de su hijo pueda acceder a los registros completados por otra agencia proveedora. La siguiente información está disponible para el proveedor de su hijo:

- Apellido
- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de seguro social*
- Género
- Raza
- Etnia
- Dirección
- Identificadores (otros números como el número de identificación de Medicaid)
- Diagnóstico(s)
- Cualquier información relacionada con el abuso de sustancias.
- Calificaciones en cualquiera de los ítems de CANS.
- Comentarios introducidos en el ICANS relacionados con la puntuación de CANS.
- Resultados del nivel de atención recomendado
- Información introducida en ICANS relacionada con los Planes de Atención Integral WInS, los Planes Integrales de Crisis y Seguridad WInS y los Planes Integrales de Transición WInS

¿Puedo revocar el formulario de autorización de consentimiento informado de ICANS?

Puede revocar el formulario de autorización de consentimiento informado de ICANS en cualquier momento. Esto impedirá cualquier uso futuro de ICANS, pero no cambia ninguna acción que ya haya tenido lugar utilizando el formulario de autorización de consentimiento informado.

Una vez revocado el formulario de autorización de consentimiento informado, este deja de ser válido a partir de esa fecha. Las copias o la reproducción exacta del formulario de autorización de consentimiento informado completo y firmado tendrán la misma fuerza y efecto que el documento original.

¿Cómo se protege la privacidad de mi hijo?

La información que se comparte a través de ICANS está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"); por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, título 42 del C.F.R., Parte 2; título 45 del C.F.R., Partes 160 y 164; y por la Ley de Medicaid, título 42 del C.F.R., Parte 431, Subparte F.

El sistema ICANS y los proveedores participantes utilizan una combinación de medidas de seguridad para proteger la información médica de su hijo.

- Las medidas de seguridad técnicas incluyen el cifrado, la protección de mediante contraseñas y los registros de auditoría que rastrean el uso del sistema de cada participante.
- Las medidas de seguridad administrativas incluyen políticas escritas que exigen un acceso limitado a la información a través de ICANS. Todos los proveedores participantes deben aceptar seguir estas políticas.
- Las medidas de seguridad de ICANS se pueden encontrar en línea en: <http://icans.dhw.idaho.gov/ResourcesandUserGuide/tabid/4105/Default.aspx>

Todos los proveedores participantes también están regulados por la HIPAA y otras leyes federales y estatales de privacidad. Los proveedores también deben tener sus propias políticas y otras medidas de seguridad, incluidas las políticas para formar a su personal y limitar el acceso a aquellos que tienen necesidad de saber.

¿Tiene preguntas que no se hayan planteado en este folleto o tiene alguna duda?

Póngase en contacto con la oficina local de Salud Mental Infantil del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

healthandwelfare.idaho.gov



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE



Consentimiento Informado de ICANS

Yo, _____ (*nombre del padre o la madre*), soy el tutor legal de

_____ (*nombre del menor*).

He recibido un folleto en el que se explica que ICANS es un sistema electrónico de salud seguro que se utiliza para administrar los datos de la evaluación ICANS, el Plan de Atención Integral WInS, el Plan de Crisis y Seguridad WInS, el Plan de Transición Integral WInS, y para facilitar el acceso a dicha información por parte de los proveedores que participan en el sistema ICANS.

Autorizo a la siguiente Agencia Innovative Health Care Concepts
(*nombre del proveedor/agencia/organización*) para que libere, utilice, reciba, intercambie mutuamente, comunique y divulgue información al sistema ICANS, así como a otras agencias o usuarios autorizados con acceso a ICANS.

QUIÉN PUEDE DIVULGAR LA INFORMACIÓN.

La agencia nombrada en la parte superior de este formulario puede divulgar información médica protegida a ICANS.

QUÉ SE PUEDE DIVULGAR.

Al firmar este Consentimiento, entiendo expresamente que la información o los registros médicos protegidos pueden ser divulgados, utilizados, difundidos, recibidos, intercambiados mutuamente o comunicados a, entre o por parte de cualquier persona, entidad o agencia nombrada en esta autorización. Entiendo que esta información puede incluir material protegido por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas: Título 42 del C.F.R., Artículo 2; la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), Título 45 del C.F.R., Artículos 160, 162 y 164; y las regulaciones de Medicaid para salvaguardar la información, Título 42 del C.F.R., Artículo 431, Inciso F. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar, procesar penalmente o volver a divulgar los registros relacionados con cualquier individuo que reciba tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

PROPÓSITO Y EFECTO.

Entiendo que esta autorización permitirá que mi equipo de tratamiento planifique y coordine los servicios que necesito y permitirá que cualquier persona, entidad o agencia nombrada en esta autorización participe activamente en la coordinación, evaluación, tratamiento, planificación o procedimientos legales de mi caso. Por la presente, solicito y doy mi permiso para un intercambio abierto de información entre cualquier persona, entidad u organismo nombrado en esta autorización. Toda fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto que el documento original.

REVOCACIÓN.

También comprendo que puedo revocar este Consentimiento Informado en cualquier momento presentando un formulario de Solicitud de Restricción de Acceso a la dirección de ICANSRestrictionRequests@dhw.idaho.gov. Reconozco que la revocación de permiso impedirá la futura divulgación de información en ICANS, pero no afectará a las divulgaciones realizadas previamente en base al formulario de Consentimiento Informado ejecutado.

CADUCIDAD.

Esta autorización expirará pasado un (1) año a partir de la fecha en que el menor de edad y el padre, madre o tutor legal firmen a continuación.

CONSENTIMIENTO.

Comprendo que mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito, salvo que la ley disponga lo contrario, y que se respetarán las leyes federales y de Idaho para utilizar y divulgar mi información de ICANS.

Al firmar este formulario, autorizo a los proveedores que evalúan o tratan a mi hijo o menor tutelado a proporcionar la información de mi hijo o menor tutelado a ICANS. Entiendo que si no firmo esta autorización, la elegibilidad, la inscripción o el tratamiento para mi hijo o menor tutelado pueden verse limitados.

He leído este Consentimiento Informado/Se me ha leído o explicado este Consentimiento Informado y certifico que entiendo el propósito de la divulgación de información. Firmo esta autorización por mi propia voluntad.

Si firma electrónicamente, rellene esas dos columnas antes.

Firma legal completa del menor o del representante personal autorizado	Relación con el menor	Fecha
Firma legal completa del padre, madre o tutor legal – <i>Se requiere si el cliente es menor de 16 años, pero solo después de haber sido firmado por el cliente.</i>	Relación con el menor	Fecha
Firma legal completa del testigo (empleado de la agencia)	Nombre del organismo iniciador	Fecha



Liberty Healthcare Corporation

THE FREEDOM TO SUCCEED™

Idaho Independent Assessment Services Program

8850 W. Emerald St. - Suite 164 | Boise, ID 83704 | 208.258.7980 | Fax: 208.258.7985

PROTECTED HEALTH INFORMATION RELEASE ACCESS REQUEST FORM

I hereby authorize Liberty Healthcare Corporation Independent Assessment Program to **disclose** AND/OR **[circle one]** **receive** records for:

Applicant name: _____	DOB: _____
From/To: <u>Innovative Health Care Concepts</u>	Phone: <u>208-523-6727</u>
Address: <u>115 E. 16th. St. Idaho Falls, ID 83404</u>	

The following information: [Check all that apply]

- Comprehensive Diagnostic Assessment (CDA)
 CANS-100 Results
 Psychological Evaluation
 Neuropsychological Evaluation
 Physician Note
 Hospitalization Records
 Notice of Determination
 ICANS Portal Authorization
 Other _____

Conditions- I understand that Liberty Healthcare Corporation will not condition my assessment on whether I give authorization for the requested disclosure. However, it has been explained to me that failure to sign this authorization may have consequences including, but not limited to impacting the outcome of coordinated care.

Please Note- Medical records may contain sensitive information including, but not limited to: Alcohol, Drugs, Mental Health, HIV/AIDS, and Sexually Transmitted Diseases.

Purpose- The purpose of this disclosure of information is to improve comprehensive assessment and share information relevant to assessment and when appropriate, coordinate treatment services.

Revocation- I understand that I have a right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending written notification to Liberty Healthcare Corporation Independent Assessment Program at 8850 W. Emerald Street, Suite 164, Boise, ID 83704. I further understand that a revocation of the authorization is not effective to the extent that action has already been taken in reliance on the authorization.

Form of Disclosure- Unless you have specifically requested in writing that the disclosure be made in a certain format, we reserve the right to disclose information as permitted by this authorization in any manner that we deem to be appropriate and consistent with applicable law, including, but not limited to, verbally, in paper format or electronically.

Redisclosure- I understand that there is the potential that the protected health information that is disclosed pursuant to this authorization may be redisclosed by the recipient and the protected health information will no longer be protected by the HIPAA privacy regulations, unless a State law applies that is more strict than HIPAA and provides additional privacy protections.

Expiration- Unless sooner revoked, this authorization expires in one (1) year on the following date:

1 year from today, or as otherwise indicated: _____.

Printed Name and Signature of Applicant

Date

Printed Name and Signature of Parent or Legal Guardian

Date

Completing this brief questionnaire will help us provide services that meet your child's needs. Answer each question as best you can and then review your responses with your child's clinician. Shade circles like this ●

Child's Last Name	First Name	Child's Date of Birth: (mm/dd/yy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Subscriber ID	Authorization #
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Clinician Last Name	First Name	Today's Date: (mm/dd/yy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Clinician ID/Tax ID	Clinician Phone	State	MRef <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

Visit #: 1 or 2 3 to 5 Other

Relationship to child: Mother Father Stepparent Other Relative Child/Self Other

For questions 1-21, please think about your experience in the past week.

Fill in the circle that best describes your child:	Never	Sometimes	Often
1. Destroyed property	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Was unhappy or sad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Behavior caused school problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Had temper outbursts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Worrying prevented him/her from doing things	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Felt worthless or inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Had trouble sleeping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Changed moods quickly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Used alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Was restless, trouble staying seated	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Engaged in repetitious behavior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Used drugs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Worried about most everything	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Needed constant attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

How much have your child's problems caused:	Not at All	A Little	Somewhat	A Lot
15. Interruption of personal time?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Disruption of family routines?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Any family member to suffer mental or physical problems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Less attention paid to any family member?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Disruption or upset of relationships within the family?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Disruption or upset of your family's social activities?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. How many days in the past week was your child's usual routine interrupted by their problems?	<input type="text"/> Days			

Answer the following only if this is your first time completing this questionnaire for this child.

22. In general, would you say your child's health is: Excellent Very Good Good Fair Poor

23. In the past 6 months, how many times did your child visit a medical doctor? None 1 2-3 4-5 6+

24. In past month, how many days were you unable to work because of your child's problems? Days
(answer only if employed)

25. In the past month, how many days were you able to work but had to cut back on how much you got done because of your child's problems? Days
(answer only if employed)

