

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

PATIENT NAME: (IN PRINTED LETTERS)	CURRENT VNSNY SERVICE: <input type="checkbox"/> ACUTE CARE <input type="checkbox"/> GROUP CARE <input type="checkbox"/> EXTENDED CARE <input type="checkbox"/> CHILD AND FAMILY SERVICES <input type="checkbox"/> VNS CHOICE <input type="checkbox"/> VNS HOSPICE	TEAM:	MRN:
------------------------------------	---	-------	------

Acuso recibo de la Hoja Informativa sobre Intercambios de Información sobre la Salud de VNSNY, que describe el propósito de los Intercambios de Información sobre la Salud, la forma en que funcionan y la forma en que VNSNY compartirá mi información si yo doy mi consentimiento.

Entiendo que al firmar este consentimiento estoy dando permiso a VNSNY para compartir información sobre mi salud con otros proveedores de atención médica y para permitir el acceso a mi información proveniente de otros proveedores de atención médica, como se describe en la Hoja Informativa sobre los Intercambios de Información sobre la Salud, incluso cualquiera de los siguientes tipos de información sensitiva, según la definición de las leyes estatales y federales:

- Información de instituciones con licencia concedida por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York.
- Información sobre un programa para abuso de alcohol y drogas, con subsidios federales, indicando abuso de alcohol o sustancias restringidas.
- Información indicando ciertos servicios de atención de salud a menores de edad, incluso planificación familiar y servicios de abortos, pruebas para el VIH y enfermedades de transmisión sexual, y tratamiento de salud mental y para abuso de sustancias restringidas.
- Los resultados de pruebas genéticas.
- Información que indique la presencia de VIH o SIDA, tales como diagnósticos, resultados de laboratorio, medicamentos o notas y documentos que indiquen la presencia de VIH o SIDA.

Entiendo que puedo revocar (retirar) este consentimiento en cualquier momento, excepto que la revocación no afectará la información sobre mi salud ya compartida o intercambiada mientras mi consentimiento estaba en vigencia. Este consentimiento no caducará y se mantendrá en vigencia a menos que yo lo revoque por escrito. Entiendo que si yo deseara revocar este consentimiento, podré hacerlo llamando al Funcionario de Privacidad de VNSNY para pedir un Formulario de Revocación que deberé completar y devolver, o bien, escribiendo al Funcionario de Privacidad de VNSNY a la dirección siguiente, para pedir que revoque mi consentimiento.

Privacy Official  
 Visiting Nurse Service of New York  
 107 East 70th Street  
 New York, NY 10021  
 212-609-6345

Entiendo que mi consentimiento es voluntario. VNSNY no me denegará servicios basándose en mi negativa a firmar este consentimiento.

Entiendo que este consentimiento es válido para todos los programas de VNSNY.

Por la presente  Doy  **No** doy

mi consentimiento a Visiting Nurse Service of New York, para compartir información sobre mi salud con otros proveedores de atención médica, y para permitir el acceso a mi información proveniente de otros proveedores de atención médica, a través de los Intercambios electrónicos de Información sobre la Salud, como se describe en la HOJA INFORMATIVA DE INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE VNSNY.

Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario (en letra de imprenta):	Autoridad para firmar este formulario en nombre del paciente (por ejemplo: padre, tutor, representante de salud autorizado):
--	--

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante autorizado legalmente

\_\_\_\_\_  
 Fecha