



Departamento de Salud del estado de Nueva York

Autorización para acceder a la información del paciente/afiliado a través de una Organización de intercambio de información de salud

Nombre del paciente/afiliado	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente/afiliado
Dirección del paciente/afiliado		

Solicito que se acceda a la información médica relacionada con mi atención y tratamiento según se establece en este formulario. Yo puedo elegir si permito o no que los proveedores de servicios de atención médica y de los planes de seguro médico de Servicio de enfermeras de visita de Nueva York (Visiting Nurse Service of New York) tengan acceso a mis expedientes médicos a través de las organizaciones de intercambio de información de salud denominadas Bronx RHIO, Healthix y NYCIG. Los proveedores de servicios de atención médica denominados Atención en el hogar de Servicio de enfermeras de visita de Nueva York (Visiting Nurse Service of New York Home Care), Hospicio y cuidados paliativos de VNSNY (VNSNY Hospice and Palliative Care), Partners in Care y VNSNY CHOICE, así como los planes de seguro de atención médica incluidos en VNSNY CHOICE, se conocen colectivamente en este formulario como VNSNY. Si doy mi consentimiento, se podrá acceder a mis expedientes médicos de los distintos lugares donde recibo atención médica usando una red de computadoras que se extiende por todo el estado. The Bronx RHIO, Healthix y NYCIG son organizaciones no lucrativas que comparten electrónicamente información sobre la salud de las personas y cumplen con las normas de privacidad y seguridad de HIPAA y con las leyes del estado de Nueva York. Para obtener más información visite sus sitios web en:

- BronxRHIO.org
- Healthix.org
- NYCIG.org

La elección que haga en este formulario NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que haga en este formulario NO permite que las compañías de seguros médicos tengan acceso a mi información con el propósito de decidir si me proporcionan cobertura de seguro médico o pagan mis facturas médicas.

<p>Mi elección de consentimiento. UNA casilla está marcada al lado izquierdo de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento al completar un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. YO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Visiting Nurse Service of New York acceda a TODA mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG para proporcionar atención médica.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. YO NIEGO MI CONSENTIMIENTO para que Visiting Nurse Service of New York acceda a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG para cualquier propósito.</p>

Si quiero negar mi consentimiento para que todas las Organizaciones de proveedores y Planes médicos que participan en Bronx RHIO, Healthix y NYCIG accedan a mi información médica por medio de Bronx RHIO, Healthix o NYCIG, puedo hacerlo visitando sus sitios web o puedo llamarlos directamente:

- BronxRHIO.org (718) 708-6630
- Healthix.org (877) 695-4749
- NYCIG.org (631) 250-9191

Mis preguntas sobre este formulario fueron respondidas y se me entregó una copia de este formulario.

Firma del paciente/afiliado o representante legal del paciente/afiliado	Fecha
Nombre en letra de molde del representante legal (si corresponde)	Relación del Representante legal con el paciente/afiliado (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG y el proceso de consentimiento:

- Cómo se puede utilizar su información.** Su información médica electrónica se usará **solo** para los servicios de atención médica siguientes:
 - **Servicios de tratamiento.** Para proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de la elegibilidad para el seguro.** Para verificar si tiene seguro médico y lo que cubre.
 - **Para actividades de administración de atención.** Estas incluyen ayudarle a obtener la atención médica apropiada, mejorar la calidad de los servicios que se le proporcionan, coordinar el aprovisionamiento de varios servicios de atención médica que se le proporcionan o apoyarle para seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades de Mejoramiento de la Calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le proporciona a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipos de información sobre usted se incluyen.** Si usted da su consentimiento, las organizaciones de proveedores o los planes de salud enumerados pueden acceder a TODA su información electrónica de salud disponible a través de BronxRHIO, Healthix y NYCIG. Esto incluye información creada antes y después de la fecha en que se firme este formulario. Sus expedientes médicos pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o un hueso fracturado), resultados de estudios (como rayos X o pruebas de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede incluir condiciones de salud delicadas, que incluyen pero no se limitan a:
 - Problemas y diagnóstico de consumo de alcohol y drogas
 - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
 - VIH/SIDA
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Medicamentos y dosis
 - Información de diagnósticos
 - Alergias
 - Resúmenes de historial de uso de sustancias
 - Notas clínicas
 - Resumen del alta
 - Información de empleo
 - Situación de vivienda
 - Apoyo social
 - Datos de reclamos de pago por servicios médicos
 - Exámenes de laboratorio
 - Historial de traumatismos
 - Historial de reclamos de seguros médicos
- De dónde proviene la información sobre su salud.** La información sobre su salud proviene de lugares que le han proporcionado atención médica o del seguro médico. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros médicos, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica electrónicamente. Hay una lista completa y vigente de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG. Usted puede obtener una lista actualizada en cualquier momento a través de sus sitios web o puede llamarlos directamente.
 - BronxRHIO.org (718) 708-6630
 - Healthix.org (877) 695-4749
 - NYCIG.org (631) 250-9191
- Quién puede acceder a su información, si da su consentimiento.** Solo los médicos y otros participantes del personal de las organizaciones a las que les ha dado su consentimiento para acceder y que llevan a cabo actividades permitidas de acuerdo con este formulario y según se describió anteriormente en el párrafo uno.
- Acceso de Organizaciones de procuración de órganos.** Las agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de procuración de órganos están autorizadas por la ley a acceder a la información médica sin el consentimiento de un paciente para ciertos fines de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden acceder a su información a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG para estos propósitos sin importar si usted da su consentimiento, lo deniega o no llena un formulario de consentimiento.
- Multas por acceso o uso inapropiado de su información.** Hay multas por acceder o usar inapropiadamente su información médica electrónica. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debió haber visto u accedido a su información lo ha hecho, llame a Visiting Nurse Service of New York al (212) 290-4773 o visite los sitios web de Bronx RHIO, Healthix o NYCIG que se indicaron anteriormente; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS Department of Health) al (518) 474-5423; o siga el proceso de quejas de la Oficina Federal de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
- Nueva divulgación de la información.** Cualquier organización a la que haya dado su consentimiento para acceder a su información médica puede volver a divulgar su información médica, pero solo en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentos estatales y federales. Solo se puede acceder y volver a divulgar información relacionada con el tratamiento por consumo de alcohol/drogas o información confidencial relacionada con VIH si va acompañada de las declaraciones requeridas y relacionadas con la prohibición de hacer una nueva divulgación.
- Período de vigencia.** Este Formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted cambie su decisión de consentimiento o hasta el momento en el que Bronx RHIO, Healthix o NYCIG cesen sus operaciones (**o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra primero**). Si Bronx RHIO, Healthix o NYCIG se fusionan con otra entidad calificada, sus selecciones de consentimiento seguirán vigentes para la entidad de la reciente fusión.
- Cambio de sus opciones de consentimiento.** Usted puede cambiar su decisión de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de proveedores o plan médico enviando un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que acceden a su información de salud a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG mientras su consentimiento está vigente pueden copiar o incluir su información en sus propios expedientes médicos. Incluso si más adelante usted decide cambiar su decisión de consentimiento, estas no están obligadas a devolver su información ni a retirarla de sus expedientes.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento.