

Formulario de consentimiento para Interboro RHIO

<p>NOMBRE Y/O DESIGNACIÓN GENERAL DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS PARA DAR A CONOCER SUS DATOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA ORGANIZACIÓN INTERBORO RHIO. Este formulario autoriza la designación general de Proveedores de Servicios de Salud que se describe en la sección 3 en el reverso de este formulario y de los Proveedores de Servicios de Salud incluidos en el documento adjunto titulado "Fuentes de Información" (colectivamente "HP autorizados a dar información") a revelar mis datos de salud a través de Interboro RHIO. La lista de Fuentes de Información puede cambiar periódicamente y, además de mencionar los actuales "HP autorizados para dar información", le brinda instrucciones sobre cómo obtener una lista actualizada de los HP autorizados a brindar información en cualquier momento.</p>	<p>NOMBRE DEL PACIENTE</p> <p>DIRECCIÓN</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO/ Nº DE EXPEDIENTE MÉDICO</p>
<p>NOMBRE/DIRECCIÓN DEL/LOS PROVEEDOR/ES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS A RECIBIR SUS DATOS DE SALUD A TRAVÉS DE INTERBORO RHIO ("HP AUTORIZADOS A ACCEDER A INFORMACIÓN")</p>	

OBJETIVO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO. Este formulario le permite decidir si los HP autorizados a dar información pueden dar a conocer sus datos de salud a través de la organización Interboro Regional Health Information Organization ("Interboro RHIO") como se describe en este formulario. Interboro RHIO es una organización sin fines de lucro dedicada al intercambio de información de salud (HIE). Las organizaciones HIO contribuyen al intercambio de información de salud entre los proveedores de servicios de salud ("HP") que tienen pacientes en común. Los HP utilizan a la Interboro RHIO para brindar información de salud sobre sus pacientes a otros proveedores que atienden a los mismos pacientes. Los proveedores también recurren a Interboro RHIO para acceder a información de salud de otros HP y fuentes de datos de salud con los cuales tienen pacientes en común. El uso de Interboro RHIO para dar a conocer y acceder a información de salud puede facilitar la atención de los HP, haciéndola más segura y efectiva. Este tipo de intercambio se denomina tecnología de información de salud o *e-health*. Para obtener más información sobre *e-health* en el Estado de Nueva York, puede leer el folleto "*Better Information Means Better Care*" (Mejor información equivale a mejor atención). Usted puede solicitarle el folleto a su proveedor o lo puede encontrar en la página www.ehealth4ny.org.

DESCRIPCIÓN DE OPCIONES DE CONSENTIMIENTO. Encontrará dos opciones de consentimiento a continuación. Si usted selecciona la opción "**DOY MI CONSENTIMIENTO**", usted está diciendo "**SÍ, deseo que los HP autorizados a dar información entreguen todos mis datos de salud a los HP autorizados a acceder a información que se mencionan más arriba a través de Interboro RHIO** de la forma descrita en este formulario. Si usted selecciona la opción "**NIEGO MI CONSENTIMIENTO**", usted está diciendo "**NO, no deseo que los HP autorizados a dar información entreguen mis datos de salud electrónicamente a los HP autorizados a acceder información que se mencionan más arriba a través de Interboro RHIO** de la forma descrita en este formulario, **aún si se presenta una emergencia médica**. Su consentimiento es completamente voluntario. Su acceso a la atención de salud y al tratamiento no se verá afectado porque usted haya dado su consentimiento o no en este formulario. Puede completar el formulario ahora o más adelante. Por favor, lea el anverso y el reverso del formulario, incluyendo cualquier adjunto, cuidadosamente y considere sus opciones. Recuerde, si usted decide completar este formulario, tiene solamente dos opciones.

OPCIONES DE CONSENTIMIENTO (*seleccione sólo una*).

DOY MI CONSENTIMIENTO para que los HP autorizados a dar información entreguen **TODOS** mis datos de salud electrónicamente a los HP autorizados a recibir información a través de Interboro RHIO para proveerme servicios de salud, **INCLUYENDO ATENCIÓN DE EMERGENCIA**. *Observación: Este consentimiento no garantiza que todos sus datos de salud serán entregados a través de Interboro RHIO a los HP autorizados a recibir información.*

NIEGO MI CONSENTIMIENTO a los HP autorizados a dar información para dar a conocer **CUALQUIER** dato sobre mi persona relacionado con la salud en forma electrónica a los HP autorizados a recibir información a través de Interboro RHIO con cualquier propósito, **AÚN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA**. *Observación: A MENOS QUE USTED MARQUE ESTE CASILLERO, el Estado de Nueva York permite a los profesionales que lo traten en caso de emergencia a acceder a sus registros médicos, incluyendo registros que estén disponibles a través de Interboro RHIO.*

RETIRO DEL CONSENTIMIENTO: Si usted otorga su consentimiento a través de este formulario pero luego decide retirar su consentimiento, puede hacerlo en cualquier momento. Hay dos maneras de retirar su consentimiento. Uno, en cualquier momento puede firmar un **Formulario de Retiro de Consentimiento** y entregarlo a Interboro RHIO. Dos, también puede cambiar sus opciones de consentimiento completando y firmando un nuevo **Formulario de Consentimiento para RHIO** en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en la página de Internet de Interboro RHIO: www.interbororhio.org, o llamando al 718-334-5844. Por favor **tenga en cuenta:** en la medida permitida por este formulario y por la legislación estatal y federal aplicables, los HP y otras fuentes de información pueden entregar, acceder, copiar y/o incluir sus datos de salud en sus propios registros médicos mientras el presente formulario permanece vigente. Aunque más adelante decida retirar su consentimiento, los HP no están obligados a quitar su información de sus registros.

PLAZO DEL CONSENTIMIENTO. A menos que usted retire su consentimiento, el mismo vencerá a los diez (10) años a partir de la fecha de su firma a continuación o cuando Interboro RHIO deje de operar o a los seis (6) meses de la fecha de su fallecimiento, lo que ocurra primero.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal, en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del Representante legal con el paciente (si corresponde)

SU CONSENTIMIENTO: LO QUE SIGNIFICA. Es muy importante que usted lea y entienda la información que figura en esta sección porque la misma le permite conocer lo que significa la opción de dar consentimiento, quién puede y quién no puede acceder a sus datos de salud y qué datos usted acepta que se revelen.

1. Propósito de la entrega de información y acceso a sus datos de salud. Salvo disposición en contrario en la legislación estatal y federal, sus datos electrónicos de salud podrán ser entregados y se podrá acceder a ellos sólo por las siguientes razones:

- Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados
- Verificar si usted tiene cobertura de salud y lo que la misma cubre si usted pretende usar su seguro para pagar sus gastos de salud. (Por favor tenga en cuenta: La decisión que tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a su información para decidir si le dan un seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en otro Formulario de Consentimiento aparte que deben usar las aseguradoras de salud).

2. Qué tipo de datos suyos se incluyen Si usted otorga su consentimiento, los HR autorizados a dar información pueden dar a conocer TODOS sus datos de salud electrónicos disponibles a los HP autorizados a acceder a la información a través de Interboro RHIO, tal como se describe en este formulario. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus datos de salud pueden incluir: registros médicos y otros datos de salud relacionados, tales como antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o fracturas óseas), resultados de estudios (como radiografías o exámenes de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado, información obtenida de otros proveedores, información personal y privada que se pueda utilizar para identificarlo; información sobre usted y su familia y datos financieros y de facturación. Por favor tenga en cuenta que sus datos de salud pueden revelar información sensible, como por ejemplo: **CONTROL DE LA NATALIDAD Y ABORTOS** (planificación familiar); **ENFERMEDADES GENÉTICAS** (hereditarias) o estudios que pueden incluir **INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIOS DE PREDISPOSICIÓN GENÉTICA; VIH/SIDA; ENFERMEDADES MENTALES; RETARDO MENTAL Y TRASTORNOS EVOLUTIVOS; y ABUSO DE SUSTANCIAS** (problemas relacionados con el uso de drogas y alcohol); **ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**, incluyendo **ENFERMEDADES VENÉREAS Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y CÁNCER**

3. De dónde se obtiene la información médica sobre usted. La información médica sobre usted proviene de todos los lugares que le han brindado o le brindarán atención médica (o servicios relacionados) o seguro de salud (“Fuentes de Información”) y son proveedores afiliados a la organización Interboro RHIO. Los proveedores afiliados incluyen a los HP participantes de la organización Interboro RHIO y a los HP participantes de otras HIE que han celebrado acuerdos con Interboro RHIO para asistirlo en el intercambio electrónico de datos de salud. Los HP incluyen hospitales, clínicas ambulatorias, centros de tratamiento y diagnóstico, médicos, dentistas, podiatras, aseguradoras de salud, farmacias, laboratorios clínicos, hogares de ancianos, centros de higiene mental, incluyendo programas para el tratamiento de abuso de sustancias y drogas que operan con asistencia federal, proveedores médicos de institutos correccionales, proveedores médicos en organizaciones de salud y servicios humanos y organizaciones terapéuticas comunitarias, agencias de atención de la salud en el hogar y el programa Medicaid. Se adjunta a este formulario una lista de las Fuentes de Información de salud a las que se puede acceder a través de Interboro RHIO. Esta lista puede cambiar sin que se le notifique. Además de mencionar las distintas fuentes de información, esta lista le brinda instrucciones sobre cómo obtener una lista actualizada de Fuentes de Información de su proveedor y de Interboro RHIO.

4. Quiénes pueden acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento. Sólo las personas pertenecientes a los HP autorizados a acceder a la información que usted nombró en el anverso de este formulario pueden acceder y recibir información sobre su persona: los médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico y que participan en su atención médica; los proveedores de atención médica que están de guardia o reemplazando a los médicos y los miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, según se describe anteriormente en el primer párrafo.

5. Sanciones por el acceso o el uso indebido de su información. Existen sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información médica electrónica. Si usted cree que alguien ha recibido o accedido a información suya de salud en forma indebida, por favor visite la página de Internet de Interboro RHIO: www.interbororhio.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 877-690-2211.

6. Nueva entrega de la información. Todos los datos relacionados con salud que se han dado a conocer o a los que se ha accedido podrán ser entregados nuevamente a terceros por parte de los HP autorizados a acceder a información sólo en la medida permitida por las leyes y las disposiciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel, por escrito. Algunas leyes estatales y federales disponen protecciones especiales para algunos tipos de datos de salud, incluyendo información relacionada con: (i) su evaluación, tratamiento o examen de un cuadro de salud; (ii) VIH/SIDA; (iii) enfermedades mentales; (iv) retardo mental y trastornos evolutivos; (v) abuso de sustancias; (vi) estudios de predisposición genética. Se deben seguir requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de datos médicos confidenciales. Toda vez que se revele información sobre su salud dentro de lo permitido por su consentimiento se deberán respetar estos requisitos.

7. Copia del formulario. Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.