

Formulario de Consentimiento para el intercambio de información de salud

Mediante este Formulario de Consentimiento, usted podrá elegir si le otorga o no a Institute for Family Health (IFH) el acceso a su historia clínica a través de una red de computadoras denominada Health Information Exchanges operada por las siguientes Entidades Autorizadas (las "EA"): Healthix, Bronx RHIO y HealthlinkNY. Estas EA son parte de una red de computadoras a nivel estatal. Esto podría facilitar la recopilación de su historial de atención médica desde los diferentes lugares donde recibe atención, y ponerlo a disposición de su(s) Proveedor(es) IFH en formato electrónico. Las EA son entidades sin ánimo de lucro que comparten información de salud de las personas de forma electrónica y cumplen con estándares de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (la ley "HIPAA"), y las leyes de ámbito federal y del estado de Nueva York. Para obtener información adicional, visite los sitios web de las entidades: www.healthix.org, www.bronxrhio.org y www.healthlinkny.com respectivamente. También podrá llamar directamente a cualquiera de esas EA a los siguientes números: a Healthix al (877) 695-4749 ext. 1, a Bronx RHIO al (718) 708-6630, y a HealthlinkNY al (844) 840-0050.

Podrá utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a que Institute for Family Health consulte su historia clínica u obtenga acceso a ella de esta forma. Si desea denegarles su consentimiento a la totalidad de las Entidades Proveedoras y los Planes de Salud que participan en las EA arriba mencionadas, de forma tal que no puedan acceder a su información electrónica de salud a través de dichas EA, podrá hacerlo visitando los sitios web mencionados arriba para cada una de las EA, o llamando a cada una de las EA a los números de teléfono indicados.

IMPORTANTE: Su elección no afectará su acceso a servicios de atención médica ni su cobertura de seguro de salud. Su elección de otorgar o no consentimiento no podrá utilizarse para denegarle servicios de salud. Su elección en el presente Formulario de Consentimiento NO autorizará a las compañías de seguro de salud a acceder a su información con el fin de decidir si le otorgarán un seguro de salud o pagarán sus facturas. Usted podrá realizar esa elección en un Formulario de Consentimiento aparte que las compañías de seguro de salud deberán utilizar.

Le pedimos que lea detenidamente la información que figura en la página 2 del presente Formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Podrá rellenar este Formulario ahora o más adelante. También podrá rellenar un nuevo formulario en cualquier momento para modificar su decisión. Dispone de dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que Institute for Family Health tenga acceso a TODA mi** información electrónica de salud a través de las EA mencionadas en relación con la prestación de servicios de atención de la salud, incluida atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Institute for Family Health tenga acceso a mi** información electrónica de salud a través de las EA mencionadas por ningún motivo, *aun en el caso de una emergencia médica.*

He recibido respuestas a mis preguntas relacionadas con el presente Formulario, y he recibido copia del mismo.

Apellido del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente o su representante legal

Fecha de la firma

Nombre del representante legal en letra de molde (si corresponde)

Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información del paciente en las EA que figuran arriba y el proceso de consentimiento:

- 1. ¿Cómo se utilizará su información?** El Institute for Family Health utilizará su información electrónica de salud **únicamente** para:
 - **Servicios de tratamiento.** Para brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de los requisitos para el seguro.** Se trata de comprobar si usted tiene seguro médico y cuál es la cobertura.
 - **Actividades relacionadas con la gestión de atención médica.** Estas actividades, entre otras cosas, le ayudarán a obtener atención médica adecuada, a mejorar la calidad de los servicios que recibe, a coordinar la prestación de los servicios múltiples de atención médica que recibe, o lo ayudarán cuando deba seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades de mejora de calidad.** Evalúan y mejoran la calidad de la atención médica que usted y los demás pacientes reciben.
- 2. ¿Qué tipo de información se incluye sobre usted?** Si usted presta su consentimiento, Institute for Family Health podrá acceder a la **TOTALIDAD** de su información electrónica de salud disponible a través de las EA que figuran en este Formulario. Esto incluye información generada antes y después de la fecha de la firma de este Formulario. Su historia clínica podría incluir el historial de enfermedades o lesiones que usted haya padecido (como diabetes o fracturas), resultados de las pruebas (como radiografías o análisis de sangre), y una lista de medicamentos que haya tomado. Esta información podría relacionarse con enfermedades de carácter delicado que incluyan, a mero título enunciativo:
 - Problemas de consumo de alcohol o drogas
 - Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias)
 - VIH/SIDA
 - Problemas de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
- 3. ¿De dónde proviene la información sobre su salud?** La información sobre usted proviene de los lugares en los que le han brindado atención médica, o de las compañías de seguro médico ("Fuentes de Información"). Dichos lugares podrían incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro médico, el programa Medicaid u otras entidades de salud que intercambian información de salud en formato electrónico. Se encuentra disponible una lista actualizada de Fuentes de Información en los sitios web de las EA (a saber, Healthix, Bronx RHIO y HealthlinkNY), www.healthix.org, www.bronxrhio.org y www.healthlinkny.com respectivamente.
- 4. ¿Quién podrá acceder a la información sobre usted, si usted presta su consentimiento?** Únicamente las siguientes personas podrán acceder a la información sobre usted: médicos y otros proveedores de atención médica que formen parte del personal médico de Institute for Family Health y que desempeñen algún papel en su atención médica; proveedores de atención médica que suplan a los médicos de Institute for Family Health, o que los sustituyan en régimen de guardia; y miembros del personal que desempeñen actividades permitidas por el presente Formulario de Consentimiento, según se describe arriba en el párrafo 1.
- 5. Acceso por parte de las entidades de salud pública y de obtención de órganos.** Las agencias de ámbito federal, estatal o local, y determinadas entidades de obtención de órganos, están autorizadas por ley a acceder a información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines relacionados con la salud pública y trasplante de órganos. Dichas entidades podrían acceder a su información a través de las EA (esto es, Healthix, Bronx RHIO y HealthlinkNY) para estos fines, independientemente de que usted haya prestado su consentimiento, lo haya denegado o no haya rellenado el Formulario de Consentimiento.
- 6. Sanciones en casos de acceso no autorizado a su información o uso impropio de la misma.** Existen sanciones en caso de accesos no autorizados a su información electrónica de salud o usos impropios de la misma. Si usted sospecha, en algún momento, que alguien consultó o accedió a información sobre usted sin que estuviera autorizado a hacerlo, póngase en contacto con las EA para una auditoría de acceso (los datos de contacto están disponibles en sus sitios web: www.healthix.org, www.bronxrhio.org y www.healthlinkny.com); o llame a Institute for Family Health al: 212-633-0800, extensión 1235; o al Departamento de Salud del estado de Nueva York al: 518-474-4987; o bien siga el procedimiento de quejas de la Oficina Federal de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/psa/complaint/>.
- 7. Divulgación posterior de información.** Toda información electrónica de salud que guarde relación con usted podrá ser objeto de divulgación posterior por parte de Institute for Family Health únicamente en la medida de lo permitido por las leyes y reglamentos del ámbito estatal y federal. Esto es cierto en caso de información sobre usted que se recoja en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información de salud de carácter confidencial, lo que incluye casos de VIH/SIDA y tratamientos por drogas y alcohol. Se deben cumplir requisitos especiales cada vez que se reciba ese tipo de información de salud de carácter confidencial. Las EA que figuran arriba y las personas que accedan a esta información a través de las EA deberán cumplir con dichos requisitos.
- 8. Plazo de validez.** El presente Formulario de Consentimiento permanecerá en vigor hasta la fecha en la que usted retire su consentimiento o hasta el momento en el que cualquiera de las EA suspenda sus actividades (o hasta que hayan pasado 50 años a partir de su fallecimiento, lo que ocurra primero). Si alguna de las EA arriba mencionadas se fusiona con otra EA, sus elecciones de consentimiento seguirán vigentes en la entidad fruto de la fusión.
- 9. Modificación su elección de consentimiento.** Usted podrá modificar, en cualquier momento, su elección de consentimiento en relación con cualquier Entidad Participante o Plan de Salud. Para ello, tendrá que remitir un nuevo Formulario de Consentimiento donde conste su nueva elección. Podrá obtener estos Formularios llamando a Institute for Family Health al 212-633-0800. Solicite hablar con un encargado de protección de datos o con el coordinador de RHIO. **Importante: las organizaciones que tienen acceso a su información de salud a través de las EA (a saber, Healthix, Bronx RHIO y HealthlinkNY) mientras su consentimiento esté en vigor podrán copiar o incluir su información en sus propios ficheros médicos. Incluso si usted, más adelante, decide retirar su consentimiento, dichas entidades no estarán obligadas a devolver su información ni a eliminarla de sus ficheros.**

Copia de Formulario. Usted tiene derecho a obtener una copia del presente Formulario de Consentimiento después de que lo firme.