

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACCESO ELECTRÓNICO

En este Formulario de Consentimiento, usted puede elegir entre permitir que el Centro de Salud Comunitario del País del Norte (CHCNC) acceso a sus expedientes médicos a través de una red informática operada por el Healthcare Information Xchange of New York (Hixny), haciendo negocios como Hixny, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar los registros médicos que tiene en diferentes lugares donde recibe atención médica, y hacerlos disponibles electrónicamente a nuestra oficina.

Usted puede usar este Formulario de Consentimiento para decidir si permitir o no a CHCNC ver y obtener acceso a sus registros de salud electrónicos de esta manera. Usted puede dar su consentimiento o denegar su consentimiento, y este formulario puede ser llenado ahora o en una fecha posterior. **Su elección no afectará su capacidad para obtener cobertura de seguro médico o de atención médica. Su decisión de dar o negar el consentimiento puede no ser la base para denegar los servicios de salud.**

Si marca la casilla "**Doy Consentimiento**" a continuación, está diciendo "Sí, el personal de CHCNC involucrado en mi cuidado puede ver y tener acceso a todos mis expedientes médicos a través de Hixny".

Si usted marca la casilla "**Me Niego el Consentimiento**" abajo, dice "No, CHCNC no puede tener acceso a mi historial médico a través de Hixny para ningún propósito".

Hixny es una organización sin fines de lucro. Comparte información electrónica sobre la salud de la gente para mejorar la calidad de los servicios de salud. Este tipo de intercambio se llama ehealth o tecnología de información de salud (Health IT). Para obtener más información sobre Hixny y ehealth en el estado de Nueva York, lea el folleto "Su información de salud - Siempre a la mano de su médico". Puede solicitar al equipo de CHCNC una copia de la misma o ir a la página web: [www.hixny.org](http://www.hixny.org)

**Lease con cuidado la información al reverso de este formulario antes de tomar su decisión. Opciones de Consentimiento:** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tienes dos opciones.

- **DOY CONSENTIMIENTO a CHCNC para acceder a TODA MI** información de salud electrónica a través de Hixny en relación con la prestación de cualquier servicio de atención médica, incluyendo atención de emergencia.
- **ME NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que CHCNC pueda acceder** a mi información de salud electrónica a través de Hixny para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

**NOTA: A MENOS QUE REVISE ESTA CAJA, la ley del estado de Nueva York permite que las personas que lo tratan en una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, incluyendo los registros que están disponibles a través de Hixny.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación de Representante Legal con el Paciente (si corresponde)

## **Detalles sobre la información del paciente en Hixny y el proceso de consentimiento:**

**1. Cómo se usará su información.** Su información de salud electrónica será utilizada por el equipo en CHCNC **solamente** para:

- Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados
- Compruebe si tiene seguro de salud y qué cubre
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica prestada a todos los pacientes.

**NOTA: La elección que usted hace en este Formulario de Consentimiento NO permite a los aseguradores de salud tener acceso a su información con el propósito de decidir si darle un seguro de salud o pagar sus cuentas. Usted puede hacer esa elección en un Formulario de Consentimiento separado que las aseguradoras de salud deben usar.**

**2. Qué tipos de información sobre usted están incluidos.** Si usted da su consentimiento, el equipo de CHCNC puede acceder a TODA su información de salud electrónica disponible a través de Hixny. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o hueso roto), los resultados de las pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y las listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede referirse a condiciones de salud delicadas, incluyendo pero no limitado a:

- Problemas de uso de alcohol o drogas
- Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
- Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas
- VIH / SIDA
- Condiciones de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual

**3. Dónde sale la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de lugares que le han proporcionado atención médica o seguro de salud ("Fuentes de Información"). Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de salud electrónica que intercambian información médica por vía electrónica. Una lista completa de las fuentes de información actuales está disponible en el equipo de proveedores de CHCNC. También puede obtener una lista actualizada de fuentes de información en cualquier momento consultando el sitio web de Hixny: [www.hixny.org](http://www.hixny.org)

**4. Quién puede acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento.** Sólo estas personas pueden acceder a la información sobre usted: Los médicos y otros proveedores de atención médica que prestan servicios en el personal médico de CHCNC que están involucrados en su atención médica; Proveedores de servicios de salud que están cubriendo o de guardia para los médicos de CHCNC; Y miembros del personal que llevan a cabo las actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento como se describe arriba en el párrafo uno.

**5. Sanciones por acceso o uso inapropiado de su información.** Hay sanciones por el acceso inapropiado o el uso de su información de salud electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o obtenido acceso a información sobre usted lo ha hecho, llame a CHCNC al: 379-8100; O llame a Hixny al (518) 640-0021; O llame al Departamento de Salud de NYS al (877) 690-2211.

**6. Re-revelación de información.** Cualquier información de salud electrónica sobre usted puede volver a ser revelada por el equipo de proveedores de CHCNC a otros, sólo hasta el grado permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también es cierto para la información de salud sobre usted que existe en un formulario en papel. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para algunos tipos de información de salud delicada, incluyendo el VIH / SIDA y el tratamiento de drogas y alcohol. Sus requisitos especiales deben ser seguidos siempre que las personas reciban este tipo de información de salud sensible. Hixny y las personas que acceden a esta información a través de Hixny deben cumplir con estos requisitos.

**7. Periodo efectivo.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento o hasta que ese momento Hixny deje de operar.

**8. Retirando Su Consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario de Retiro de Consentimiento y dándolo al equipo de CHCNC. También puede cambiar sus opciones de consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios de cualquier proveedor de Hixny, desde el sitio web de Hixny en [www.hixny.org](http://www.hixny.org), o llamando al (518) 640-0021.

**Nota: Las organizaciones que acceden a su información de salud a través de Hixny mientras su consentimiento esté en vigor pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si después decide retirar su consentimiento, no está obligado a devolverlo o eliminarlo de sus registros.**

**9. Copia del formulario.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de Consentimiento después de firmarlo.