

**Autorización para acceder a la información del paciente  
A través de una organización de intercambio de información de salud**

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Otros nombres utilizados (por ejemplo, apellido de soltera):	

Solicito que se acceda a la información de salud con respecto a mi atención y tratamiento como se establece en este formulario. Puedo elegir si permitir o no que **Community Health Center of the North Country** obtenga acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información médica llamada **HealthConnections**. Si doy mi consentimiento, se puede acceder a mis registros médicos de diferentes lugares donde obtengo atención médica mediante una red informática en todo el estado. **HealthConnections** es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de forma electrónica y cumple con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y la ley del estado de Nueva York. Para obtener más información, visite el sitio web de **HealthConnections** en <http://healthconnections.org/>.

Se puede acceder a mi información en caso de una emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla #3, que indica que niego el consentimiento incluso en una emergencia médica.

**La elección que tome en este formulario NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que hago en este formulario NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a mi información con el propósito de decidir si me brindan cobertura de seguro médico o si pagan mis facturas médicas.**

**Mi elección de consentimiento.** UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario.

**1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Community Health Center of the North Country** acceda a TODA mi información de salud electrónica a través de **HealthConnections** para brindar servicios de atención médica (incluida la atención de emergencia).

**2. NIEGO EL CONSENTIMIENTO EXCEPTO EN UNA EMERGENCIA MÉDICA para que Community Health Center of the North Country** acceda a mi información de salud electrónica a través de **HealthConnections**.

**3. NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que Community Health Center of the North Country** acceda a mi información de salud electrónica a través de **HealthConnections** para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica*.

Si deseo denegar el consentimiento para que todas las organizaciones de proveedores y planes de salud que participan en **HealthConnections** accedan a mi información de salud electrónica a través de **HealthConnections**, puedo hacerlo visitando el sitio web de **HealthConnections** en <http://healthconnections.org/> o llamando a **HealthConnections** al 315.671.2241 x5.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y se me ha proporcionado una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante legal del paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

## Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealthConnections y el proceso de consentimiento:

- Cómo se puede utilizar su información.** Su información médica electrónica se utilizará solo para los siguientes servicios de atención médica:
  - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - **Verificación de elegibilidad del seguro.** Compruebe si tiene seguro médico y qué cubre.
  - **Actividades de gestión de la atención.** Estos incluyen ayudarlo a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención médica que se le brindan o apoyarlo para seguir un plan de atención médica.
  - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, la Organización de proveedores y / o el Plan de salud enumerados pueden acceder a TODA su información de salud electrónica disponible a través de HealthConnections. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros médicos pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede incluir condiciones de salud sensibles, que incluyen, entre otras, las siguientes:

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

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su registro puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de trauma, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales. e historial de reclamaciones de seguros médicos.

- De dónde proviene su información médica.** La información sobre usted proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro médico. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica de forma electrónica. Una lista completa y actualizada está disponible en HealthConnections. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento visitando el sitio web de HealthConnections en <http://healthconnections.org/> o llamando al 315.671.2241 x5.
- Quién puede acceder a su información, si da su consentimiento.** Solo los médicos y otros miembros del personal de la (s) Organización (es) a las que haya dado su consentimiento para acceder que lleven a cabo las actividades permitidas por este formulario como se describe anteriormente en el párrafo uno.
- Acceso a organizaciones de salud pública y obtención de órganos.** Las agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de obtención de órganos están autorizadas por ley para acceder a información médica sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de trasplante de órganos y salud pública. Estas entidades pueden acceder a su información a través de HealthConnections para estos fines sin importar si usted da su consentimiento, niega el consentimiento o no completa un formulario de consentimiento.
- Sanciones por acceso o uso indebido de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto ni tenido acceso a su información lo ha hecho, llame a la Organización de Proveedores al: 315-386-8191; o visite el sitio web de HealthConnections en <http://healthconnections.org/>; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de quejas de la Oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Nueva divulgación de 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 regulaciones estatales y federales. La información relacionada con el tratamiento por alcoholismo / drogas o la información confidencial relacionada con el VIH solo se puede acceder y solo se puede volver a divulgar si está acompañada de las declaraciones requeridas con respecto a la prohibición de volver a divulgar.
- Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que cambie su opción de consentimiento o hasta que HealthConnections deje de funcionar. Si HealthConnections se fusiona con otra Entidad Calificada, sus opciones de consentimiento seguirán siendo efectivas con la entidad recién fusionada.
- Cambio de su elección de consentimiento.** Puede cambiar su elección de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de proveedores o plan de salud enviando un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que acceden a su información médica a través de HealthConnections mientras su consentimiento está en vigor pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si más tarde decide cambiar su decisión de consentimiento, no es necesario que devuelvan su información o la eliminen de sus registros.
- Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este formulario de consentimiento.