



Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Autorización para tener acceso a la información del paciente/afiliado por medio de una Organización de intercambio de información médica

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

Solicito que se obtenga acceso a la información médica con relación a mi atención y tratamiento, según se establece en este formulario. Puedo decidir si permito o no que los proveedores de servicios de atención médica y 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 por medio de las organizaciones de intercambio de información de salud llamadas Bronx RHIO, Healthix y NYCIG. A los proveedores de servicios de atención médica llamados 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 los llama de forma colectiva en este formulario "VNSNY". Si doy mi consentimiento, se puede tener acceso a mis expedientes médicos de diferentes lugares en donde reciba atención médica usando una red computarizada que se extiende por todo el estado. The Bronx RHIO, Healthix y NYCIG son organizaciones no lucrativas que comparten de forma electrónica información acerca de 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 respectivos 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 aseguradoras de salud tengan acceso a mi información con el propósito de decidir si me otorgan cobertura de seguro médico o pagan mis facturas médicas.

Mi elección de consentimiento. Se marca UNA casilla al lado izquierdo de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento y completar un nuevo formulario.
<input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Servicio de enfermeras de visita de Nueva York tenga acceso a TODA mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG para proporcionar atención médica.
<input type="checkbox"/> 2. DENIEGO MI CONSENTIMIENTO para que Servicio de enfermeras de visita de Nueva York tenga acceso a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG para cualquier propósito.

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

- BronxRHIO.org (718) 708-6630
- Healthix.org (877) 695-4749
- NYCIG.org (718) 334-5844

Respondieron a mis preguntas acerca de este formulario y me proporcionaron 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 aplica)	Relación del representante legal con el paciente/afiliado (si corresponde)

Detalles sobre la información a la cual se obtiene acceso por medio de Bronx RHIO, Healthix y NYCIG, y el proceso de consentimiento:

1. **De qué manera se puede utilizar su información.** Su información médica electrónica se usará **solo** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Para brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de la elegibilidad para el seguro.** Para verificar si tiene seguro médico y lo que este cubre.
 - **Para actividades de administración de la atención.** Estas incluyen ayudarle a obtener la atención médica apropiada, mejorar la calidad de los servicios que se le proporcionan, coordinar la prestación de varios servicios de atención médica que se le proporcionan o brindarle apoyo 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.
2. **Qué tipos de información sobre usted se incluyen.** Si da su consentimiento, la Organización de proveedores o el Plan médico que se mencionen, pueden tener acceso a TODA su información médica electrónica disponible a través de Bronx RHIO, 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 tenido (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 afecciones de salud delicadas, que incluyen entre otras:
 - Problemas por consumo de alcohol y drogas
 - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
 - VIH/SIDA
 - Afecciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
3. **De dónde proviene la información sobre su salud.** La información sobre su salud proviene de lugares que le han brindado 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 de forma electrónica. 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 respectivos sitios web o puede llamarlos directamente.
 - BronxRHIO.org (718) 708-6630
 - Healthix.org (877) 695-4749
 - NYCIG.org (718) 334-5844
4. **Quién puede acceder a su información, si da su consentimiento.** Solo los médicos y otros participantes del personal de las organizaciones a las que usted les haya dado su consentimiento para tener acceso, que llevan a cabo actividades que se permiten por medio de este formulario, según se describió anteriormente en el párrafo uno.
5. **Acceso por parte de Organizaciones que consiguen órganos y de salud pública.** Las agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones que consiguen órganos están autorizadas por la ley a tener acceso a la información médica sin el consentimiento de un paciente para ciertos fines de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden tener acceso 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.
6. **Multas por el acceso o el uso inapropiados de su información.** Existen multas por el acceso o el uso inapropiados de su información médica electrónica. Si en algún momento usted sospecha de que alguien que no debía haber visto u obtenido acceso a su información lo ha hecho, llame a Servicio de enfermeras de visita de Nueva York al (212) 609-1546 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 518-474-4987; 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/>.
7. **Nueva divulgación de la información.** Cualquier organización a la que le haya dado su consentimiento para tener acceso 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. Solamente se puede tener acceso y se puede volver a divulgar información relacionada con el tratamiento por consumo de alcohol/drogas o información confidencial relacionada con el VIH si va acompañada de las declaraciones requeridas y relacionadas con la prohibición de hacer una nueva divulgación.
8. **Período de vigencia.** Este Formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted cambie su elección de consentimiento o hasta el momento en el que Bronx RHIO, Healthix o NYCIG dejen de funcionar (**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 en cuanto a consentimiento seguirán vigentes para la entidad de la reciente fusión.
9. **Cambio de sus opciones de consentimiento.** Usted puede cambiar su selección 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 usted posteriormente decide cambiar su decisión de consentimiento, estas no están obligadas a devolver su información ni a retirarla de sus expedientes.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento.