

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:	
DOMICILIO DEL PACIENTE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:	
ORGANIZACIÓN PROVEEDORA:	

Solicito que se permita el acceso a la información de salud relacionada con mi atención médica y tratamiento según se establece en este formulario. Puedo optar si permito o no a la organización proveedora que se menciona más arriba acceder a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada NY Care Information Gateway. Si doy mi consentimiento, se podrá acceder a mis registros médicos de distintos lugares en los que recibo atención médica utilizando una red informática de alcance estatal. NY Care Information Gateway es una organización sin fines de lucro que comparte información de salud de las personas en forma electrónica y cumple con las normas de privacidad y seguridad de la ley HIPAA y las leyes del Estado de Nueva York. Para más información, visite el sitio de NY Care Information Gateway ingresando a www.NYCIG.org.

Se puede acceder a mi información en caso de emergencia, salvo que yo complete este formulario y marque el casillero N°3 que manifiesta que deniego mi consentimiento *incluso* en casos de emergencia médica.

La decisión que tome en este formulario NO afectará mi derecho a recibir atención médica. La decisión que tome en este formulario NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a mi información para decidir si me proporcionarán cobertura de salud o pagarán mis facturas médicas.

<p>Mi decisión de consentimiento. Marque UN casillero a la izquierda de su decisión. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO a la organización proveedora que se menciona arriba para que acceda a TODA mi información médica electrónica a través de NY Care Information Gateway para brindarme servicios de atención de salud (incluso atención de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. DENIEGO MI CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, a la organización proveedora que se menciona arriba para que acceda a mi información médica electrónica a través de NY Care Information Gateway.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. DENIEGO MI CONSENTIMIENTO a la organización proveedora que se menciona arriba para que acceda a mi información médica electrónica a través de NY Care Information Gateway para ningún fin, <i>incluso en casos de emergencia médica.</i></p>

Si deseo denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y planes de salud que participan en NY Care Information Gateway para acceder a mi información médica electrónica a través de NY Care Information Gateway, puedo hacerlo visitando el sitio Web de NY Care Information Gateway, www.NYCIG.org, o llamando al 718-334-5844.

Se han respondido mis preguntas en relación con este formulario y se me ha proporcionado una copia de este formulario.

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

Detalles sobre la información a la que se accede a través de NY Care Information Gateway y el proceso de consentimiento:

- Cómo se podrá utilizar su información.** Se utilizará su información médica electrónica **solo** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de seguro de salud.** Verificar si tiene un seguro médico y qué servicios cubre.
 - **Actividades de administración de atención médica.** Por ejemplo, asistirlo para obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud que se le brindan, coordinar la prestación de servicios múltiples o ayudarlo a respetar un plan de atención médica.
 - **Actividades de mejoramiento de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se les brinda a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si brinda su consentimiento, la organización proveedora y/o los plan/es de salud que se mencionan podrán acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de NY Care Information Gateway. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de suscripción de este formulario. Sus registros médicos pueden incluir datos sobre enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o fractura de hueso), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede incluir datos de salud confidenciales, por ejemplo:
 - Problemas de consumo de alcohol o drogas
 - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
 - Exámenes o enfermedades genéticas (hereditarias)
 - VIH/SIDA
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual

Si usted ha recibido tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, es posible que sus registros incluyan información relacionada con dicho tratamiento, por ejemplo, diagnósticos, medicamentos y dosis, análisis de laboratorio, alergias, historial de consumo de sustancias, historial de trauma, altas hospitalarias, empleo, condiciones de vida y prestaciones sociales, e historial de reclamos al seguro médico.
- De dónde se obtiene la información médica sobre usted.** La información sobre usted se obtiene de los establecimientos que le han brindado atención médica o del seguro de salud. Dichos establecimientos pueden ser hospitales, consultorios médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica en forma electrónica. NY Care Information Gateway cuenta con una lista completa y actualizada. Puede consultar la lista actualizada en cualquier momento a través del sitio web de NY Care Information Gateway, www.NYCIG.org, o llamando al 718-334-5844.
- Quiénes pueden acceder a su información si brinda su consentimiento.** Solo los médicos y otros miembros del personal de la organización a la que usted ha brindado consentimiento que desempeñan actividades permitidas según este formulario, tal como se describe en el párrafo uno.
- Salud pública y acceso a la organización de obtención de órganos.** Las agencias federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de obtención de órganos están autorizadas por ley a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden acceder a su información a través de NY Care Information Gateway para estos fines independientemente de que usted haya dado su consentimiento o lo haya denegado o incluso si usted no ha completado un formulario de consentimiento.
- 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 en algún momento sospecha que alguien que no debería haber consultado o tenido acceso a la información sobre usted lo ha hecho, llame a la organización proveedora o visite el sitio web de NY Care Information Gateway, www.NYCIG.org, llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987 o realice el proceso de reclamo de la Oficina Federal de Derechos Civiles ingresando al siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Divulgación posterior de información.** Cualquier organización a la que haya brindado su consentimiento para que acceda a su información de salud puede volver a divulgar su información de salud, pero solo en la medida en que lo permiten la legislación y las regulaciones estatales y federales. Solo se puede acceder nuevamente a información relacionada con tratamientos para dejar el alcohol o las drogas o a información confidencial sobre VIH si se acompaña con las declaraciones requeridas sobre prohibición de la divulgación posterior.
- Período de vigencia.** El presente Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted cambie su decisión de consentimiento o hasta el día en que NY Care Information Gateway deje de operar (*o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra primero*). Si NY Care Information Gateway se fusiona con otra entidad cualificada sus decisiones de consentimiento se mantendrán vigentes con la nueva entidad fusionada.
- Modificación de su decisión de consentimiento.** Usted puede modificar su decisión de consentimiento en cualquier momento y para cualquier Organización proveedora o Plan de salud enviando un nuevo formulario de consentimiento con su nueva decisión. Las organizaciones que accedan a su información médica a través de NY Care Information Gateway mientras su consentimiento esté en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque más adelante decida cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no están obligadas a devolver o eliminar su información de sus registros.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento.