

Autorización para acceder por única vez a la información de salud del menor a través de una organización de intercambio de información de salud

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

información de salud

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Domicilio del paciente		
Organización proveedora		
Fecha de atención		

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 Interboro Regional Healthcare Information Organization que opera bajo el nombre NY Care Information Gateway (NYCIG). Si doy mi consentimiento, se podrá acceder a mis registros médicos de distintos lugares en los que recibo atención médica solo por esta única vez para que el médico tratante me pueda brindar una mejor atención.

La decisión que tome en este formulario NO autoriza a mi proveedor de atención de la salud a tener acceso continuo a mi información de salud. Esta es una autorización para acceder SOLO POR ÚNICA VEZ.

Mi decisión de consentimiento. Está marcado UN casillero a la izquierda de mi decisión.
<input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO a la “organización proveedora” para que acceda por única vez a TODA mi información médica electrónica a través de NYCIG para brindarme servicios de atención de salud.
<input type="checkbox"/> 2. DENIEGO MI CONSENTIMIENTO a la “organización proveedora” para que acceda a mi información médica electrónica a través de NYCIG para cualquier fin.

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

Firma del paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta	

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

1. **Cómo se podrá utilizar su información.** Se utilizará su información médica electrónica **solo** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento autorizados por el menor.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si brinda su consentimiento, la organización proveedora que se menciona podrá acceder POR ÚNICA VEZ A TODA su información médica electrónica disponible a través de NYCIG. 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 los 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 abortos (planificación familiar)
 - Exámenes o enfermedades genéticas (hereditarias)
 - VIH/SIDA
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
3. **De dónde se obtiene la información médica sobre usted.** La información sobre usted proviene 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 en su sitio web: www.NYCIG.org.
4. **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.
5. **Acceso para organizaciones de salud pública y de obtención de órganos.** Las agencias federales, estatales o locales de salud pública 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 NYCIG 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.
6. **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 información sobre usted lo ha hecho, llame a la organización proveedora al: _____, visite el sitio web de NYCIG: 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 de Derechos Civiles de Estados Unidos a través del siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **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 a información relacionada con tratamientos para dejar el alcohol o las drogas o información confidencial sobre VIH y divulgarla posteriormente si se acompaña dicha divulgación con las declaraciones requeridas sobre prohibición de la divulgación posterior.
8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia SOLO durante el transcurso del tratamiento que se reciba en la "Fecha de atención" mencionada.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento.