

**Autorización para tener acceso a la información del paciente
a través de una Organización de Intercambio de Información Médica**

Departamento de Salud (Department of Health, DOH) del Estado de Nueva York

PROVEEDOR: _____

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

Solicito acceso a la información médica de mi atención y tratamiento de la manera en que se indica en el presente formulario. Puedo optar por permitirles a la Organización Proveedoradora o al Plan Médico mencionados anteriormente, o a las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista adjunta a este formulario, obtener acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información médica denominada Rochester RHIO. Otorgo mi consentimiento para que se pueda tener acceso a mis registros médicos de diferentes lugares en donde obtengo atención médica mediante una red informática de todo el estado. Rochester RHIO es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas electrónicamente y que cumple con las normas de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las leyes del estado de Nueva York. Para obtener más información, visite el sitio web de Rochester RHIO en www.RochesterRHIO.org.

Se puede tener acceso a mi información en caso de emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla n.º 2, la cual establece que rechazo el consentimiento *incluso* en el caso de una emergencia médica.

La decisión que tome en este formulario NO afectará mi capacidad de obtener atención médica. La decisión que tomo en este formulario NO permite que las compañías de seguro de salud tengan acceso a mi información para decidir si me brindarán o no seguro de salud o si pagarán o no mis facturas médicas.

<p>Mi opción de consentimiento. UNA casilla está marcada a la izquierda de mi decisión. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento al completar un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización Proveedoradora o el Plan Médico mencionadas anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionadas en la lista, tengan acceso a TODA mi información médica electrónica, a través de Rochester RHIO en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización Proveedoradora o el Plan Médico mencionados anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista, tengan acceso a mi información médica electrónica, a través de Rochester RHIO en relación con cualquier motivo, <i>incluso en caso de una emergencia médica (salvo para pacientes menores de edad).</i></p>

Si deseo negar mi consentimiento para que todas las Organizaciones Proveedoras y Planes Médicos que participan en Rochester RHIO tengan acceso a mi información médica electrónica a través de Rochester RHIO, puedo hacerlo si visito el sitio web de Rochester RHIO en www.RochesterRHIO.org o llamo a Rochester RHIO al 1-877-865-RHIO(7446).

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y me han 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 entre el representante legal con el paciente (si corresponde)

Detalles acerca de la información a la que se tuvo acceso a través de Rochester RHIO y el proceso de consentimiento:

- Cómo se podrá utilizar su información.** Su información médica electrónica será utilizada **solamente** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de seguro.** Verificar si tiene seguro de salud y cuál es su cobertura.
 - **Actividades de administración de atención.** Esto incluye ayudarle a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios prestados, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención médica o ayudarle a seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades para mejorar la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipos de información acerca de usted están incluidas.** Si otorga su consentimiento, la(s) Organización (Organizaciones) Proveedor(a)s y/o Plan(es) Médico(s) mencionado(s) anteriormente puede(n) tener acceso a TODA su información médica electrónica que se encuentre disponible a través de Rochester RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha en que se firmó este formulario. Sus registros médicos pueden incluir notas clínicas, resúmenes de altas hospitalarias, alergias, el historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o una fractura ósea), los resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), los tratamientos que haya recibido, sus diagnósticos y las listas de medicamentos que haya tomado. Estos registros pueden incluir toda esta información sobre afecciones de salud delicadas que incluyen, entre otras:
 - Problemas de consumo de alcohol o drogas
 - Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar).
 - Enfermedades genéticas (hereditarias) o análisis genéticos.
 - VIH/SIDA.
 - Afecciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual.
- De dónde proviene la información médica acerca de usted.** La información acerca de usted proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro de salud. Estos lugares pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica electrónicamente. Puede obtener una lista completa y actual de la(s) Organización (Organizaciones) Proveedor(a)s *O de Rochester RHIO*. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento si visita el sitio web de Rochester RHIO, www.RochesterRHIO.org, o llama al 1-877-865-RHIO (7446).
- Quién puede tener acceso a la información acerca de usted, si otorga su consentimiento.** Solo los médicos y otros miembros del personal de la(s) Organización (Organizaciones) a la(s) que le(s) ha otorgado consentimiento para llevar a cabo actividades autorizadas por este formulario, como se describe anteriormente en el párrafo uno. En caso de una emergencia, los médicos y otros miembros del personal podrán usar Rochester RHIO para acceder a la información médica de los pacientes menores de edad.
- Acceso de organizaciones para la obtención de órganos y organismos de salud pública.** Los organismos de salud pública locales, estatales o federales y ciertas organizaciones para la obtención de órganos están autorizados por ley a tener acceso a la información médica sin el consentimiento del paciente para ciertos fines de salud pública y transplante de órganos. Estas entidades pueden tener acceso a su información a través de Rochester RHIO para llevar a cabo dichos fines independientemente de si otorgó o negó su consentimiento, o si no completó un formulario de consentimiento.
- Sanciones por el acceso o el uso inadecuados de su información.** Estas son las penalizaciones por tener acceso inadecuado o por utilizar en forma inadecuada su información médica electrónica. Si, en algún momento, sospecha que alguna persona no autorizada ha visto o ha tenido acceso a información acerca de usted, llame a la Organización Proveedor(a) al: _____, visite el sitio web de Rochester RHIO: www.RochesterRHIO.org, llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de queja de la Oficina de Derechos Civiles federal en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Posterior divulgación de información.** La(s) organización (organizaciones) a la(s) que le(s) otorgó consentimiento para tener acceso a su información médica podrá(n) volver a divulgar a terceros cualquier información médica, solo en la medida en que lo permitan las leyes y las normas estatales y federales. Solo se puede tener acceso y divulgar a terceros la información relacionada con el tratamiento por alcohol/drogas o la información relacionada con el VIH confidencial si se presentan las declaraciones solicitadas sobre la prohibición de la divulgación a terceros.
- Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cambie su opción de consentimiento o hasta el momento en que Rochester RHIO deje de funcionar (**o hasta 50 años después de su fallecimiento, lo que ocurra primero**). Si Rochester RHIO se fusiona con otra Entidad que reúna los requisitos, sus opciones de consentimiento permanecerán vigentes con la entidad recién fusionada.
- Cambio de su opción de consentimiento.** Usted puede cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier Organización Proveedor(a) o Plan Médico si presenta un nuevo Formulario de Consentimiento con su(s) nueva(s) opción (opciones). Las organizaciones que tienen acceso a su información médica a través de Rochester RHIO mientras su consentimiento está vigente, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si luego decide cambiar su consentimiento, estas organizaciones no están obligadas a devolver ni a retirar su información de sus registros.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento.