

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|--|--|----------------------|--|--|------------------------------------|--|--|
| Primer nombre del paciente | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Apellido del paciente | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | Dirección del paciente | | | | | | Género | | |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>M M D D A A A A</small> | | | Calle | | | Apartamento | | | <input type="checkbox"/> Masculino | | |
| | | | Ciudad | | | Estado Código Postal | | | <input type="checkbox"/> Femenino | | |

Solicito que se pueda obtener acceso a mi información sobre la salud con respecto a mi cuidado y tratamiento según lo establecido en este formulario. Puedo elegir si permitir o no a los Proveedores y Pagadores Participantes de HEALTHeLINK (los "Participantes") que están involucrados en mi cuidado que obtengan acceso a mi historial médico a través de la organización de intercambio de información de salud llamada HEALTHeLINK. Si doy mi consentimiento, se podrá obtener acceso a mis registros médicos de diferentes lugares donde recibo atención médica usando una red de computadoras estatal. HEALTHeLINK es una organización sin fines de lucro que comparte electrónicamente información sobre la salud de las personas y cumple con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y la Ley del Estado de New York. Para obtener más información, visite el sitio web de HEALTHeLINK en www.wnyhealthelink.com.

La elección que hago en este formulario NO afectará mi capacidad para obtener atención médica. La elección que hago en este formulario NO permite a los aseguradores de salud tener acceso a mi información con el propósito de decidir si me proporcionarán cobertura de seguro de salud o pagarán mis cuentas médicas.

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| SELECCIONE SÓLO UNO | Mi elección de consentimiento. Sólo se selecciona UNA casilla a la izquierda con mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento llenando un nuevo formulario . | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. Sí | DOY MI CONSENTIMIENTO a todos los Participantes actuales y futuros, que estén involucrados en mi cuidado, de obtener acceso a TODA MI información de salud en formato electrónico a través de HEALTHeLINK. | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. SÍ, EXCEPTO PARTICIPANTES ESPECÍFICOS | DOY MI CONSENTIMIENTO a todos los Participantes actuales y futuros, que estén involucrados en mi cuidado, de obtener acceso a TODA MI información de salud en formato electrónico a través de HEALTHeLINK, EXCEPTO a los Participantes que se enumeran a continuación. Nombre del Participante (Oficina del Proveedor): _____ Dirección o número de teléfono del participante: _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 60%; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 60%; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. SÍ, SÓLO PARTICIPANTES ESPECÍFICOS | DOY MI CONSENTIMIENTO SÓLO a los Participantes específicos enumerados a continuación para que obtengan acceso a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de HEALTHeLINK. Nombre del Participante (Oficina del Proveedor): _____ Dirección o número de teléfono del participante: _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 60%; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 60%; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. NO, EXCEPTO EN EMERGENCIAS | NIEGO MI CONSENTIMIENTO EXCEPTO EN EMERGENCIAS MÉDICAS de que Participantes actuales o futuros puedan obtener acceso a mi información de salud en formato electrónico a través de HEALTHeLINK. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. NO, AÚN EN EMERGENCIAS | NIEGO MI CONSENTIMIENTO de que Participantes actuales o futuros puedan obtener acceso a mi información de salud en formato electrónico a través de HEALTHeLINK para cualquier propósito, incluso en emergencias médicas. | | | | | |

| | |
|--|--|
| <p>Comprendo que será posible obtener acceso a mi información en caso de emergencias, a menos que llene este formulario y marque la casilla # 5, que declara que niego el consentimiento incluso en emergencias médicas.</p> <p>Comprendo que bajo los términos de este formulario, si así lo solicito, HEALTHeLINK está obligada a proporcionarme una lista de divulgaciones de mi información de salud en formato electrónico.</p> <p>Mis preguntas acerca de este formulario fueron contestadas y se me proporcionó una copia de este formulario si así lo solicité.</p> <p>Firma del paciente o su representante legal</p> <p>X _____</p> | <p>Nombre del representante legal del paciente (si corresponde) en letra de imprenta</p> <p>_____</p> <p>Relación de representante legal con el paciente (si corresponde)</p> <p> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Agente/representante para la salud <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____ </p> |
| <p>Este cuadro debe ser llenado solamente por el proveedor</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Consentimiento de la entidad recibido por</p> | <p>Testigo*</p> <p>* Obligatorio si NO se está llenando este formulario en la oficina de un Participante.</p> <p>Nombre del testigo en letra de imprenta _____ Firma del testigo _____</p> <p>Relación del testigo con el paciente (por ejemplo, cónyuge, hijo, vecino, etc.) _____</p> |

Detalles sobre la información del paciente en HEALTHeLINK y el proceso de consentimiento:

- Cómo puede usarse su información.** Con limitadas excepciones, si usted da su consentimiento, los Participantes que aprueba pueden usar su información de salud en formato electrónico **solamente** para los siguientes servicios de cuidado de la salud:
 - **Servicios de Tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad para seguros.** Comprobar si usted tiene seguro de la salud y qué cubre.
 - **Actividades de gestión de cuidados.** Entre estos se incluye ayudarle a obtener el cuidado médico adecuado, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la prestación de múltiples servicios de cuidado de la salud que le sean proporcionados y apoyarle en el seguimiento de un plan de cuidado médico.
 - **Actividades para mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de los cuidados médicos proporcionados a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipo de información acerca de usted está incluida.** Si usted da su consentimiento, los Participantes que usted apruebe podrán obtener acceso a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de HEALTHeLINK. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros de la salud podrían incluir el historial de las enfermedades o lesiones que haya tenido (tales como diabetes o huesos rotos), resultados de pruebas (tales como radiografías o análisis de sangre), y listados de medicinas que ha tomado. Esta información puede referirse a condiciones de salud delicadas, incluyendo pero no limitado a:
 - Problemas con el uso de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias)
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexualSi usted ha recibido cuidado debido al abuso de alcohol o drogas, su registro podría incluir información relacionada con sus diagnósticos sobre el abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de abuso de sustancias, historial de traumas, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, e historial de reclamaciones por seguro de salud.
- De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de lugares que le han proporcionado cuidados médicos o seguro de salud ("Fuentes de Información"). Estas podrían incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de eHealth que intercambian electrónicamente información de salud. En www.wnyhealthlink.com o llamando al 716- 206-0993 ext. 311 está disponible una lista completa de las fuentes de información actuales de HEALTHeLINK.
- Quién puede obtener acceso a la información sobre usted, si da su consentimiento.** Únicamente los médicos y otros miembros del personal de los Participantes a los que usted haya dado su consentimiento de obtener acceso a las actividades permitidas mediante este formulario tal y como se describe anteriormente en el párrafo uno. Las Agencias de Salud Pública también pueden obtener acceso a su información sin su consentimiento si lo permiten las leyes Federales o del Estado. Sólo se puede obtener acceso a cualquier dato recibido de instalaciones designadas como 42 C.F.R. Parte 2 (ciertos proveedores de cuidados por abuso de alcohol o drogas) cuando existe una relación como proveedor de tratamiento. En www.wnyhealthlink.com/PhysiciansandStaff/CurrentParticipants/ParticipatingHEALTHeLINKProviders o llamando al 716-206-0993 ext. 311 está disponible una lista completa de participantes de HEALTHeLINK si desea una copia impresa que se proporcionará sin cargo dentro de los 5 días hábiles luego de la solicitud.
- Sanciones por acceso o uso inapropiado de su información.** Hay sanciones por el acceso inapropiado o el uso de su información de salud en formato electrónico. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto u obtenido acceso a su información lo ha hecho, llame a uno de los Participantes que ha aprobado para obtener acceso a nuestros registros; o visite el sitio web de HEALTHeLINK en www.wnyhealthlink.com; o llame a HEALTHeLINK al 716- 206-0993 ext. 311; o llame al Departamento de Salud del Estado de New York (NYS Department of Health) al 518-474-4987; o siga el proceso de quejas de la Oficina Federal de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Divulgación repetida de información.** Cualquier participante al que le haya dado su consentimiento para obtener acceso a su información de salud podrá repetir la divulgación de su información de salud, pero sólo hasta el punto permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Sólo se puede obtener acceso y sólo se puede volver a divulgar la información relacionada con el uso de alcohol o drogas y la información confidencial relacionada con el VIH si va acompañada de las declaraciones obligatorias con respecto a la prohibición sobre divulgación repetida.
- Período de Vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que usted cambie su decisión de consentimiento o hasta que HEALTHeLINK deje de operar (**o hasta después de 50 años luego de su muerte, lo que ocurra primero**). Si HEALTHeLINK se fusiona con otra Entidad Calificada, nuestras elecciones de consentimiento seguirán siendo efectivas con la nueva entidad fusionada.
- Cómo cambiar su elección de consentimiento.** Usted puede cambiar su elección de consentimiento en cualquier momento y en cuanto a cualquier Organización de Proveedores o Plan de Salud mediante la presentación de un nuevo Formulario de Consentimiento con sus nuevas elecciones. Los participantes que obtengan acceso a su información de salud a través de HEALTHeLINK mientras su consentimiento esté vigente podrán copiar o incluir su información en sus propios expedientes médicos. Incluso si después usted decide cambiar su decisión de consentimiento, no estarán obligados a devolver su información o eliminarla de sus registros.