



FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO
Long Island Federally Qualified Health Center
“LIFQHC”

En este Formulario de consentimiento, puede escoger si permite a LIFQHC tener acceso a su historia clínica a través de una red informática operada por HEALTHIX, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar las historias clínicas que tiene en diferentes lugares donde ha sido tratado, y ponerlas a disposición de nuestra oficina de manera electrónica.

Usted puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no a LIFQHC ver y obtener acceso a su historia clínica electrónica. Puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará el que reciba atención o cobertura médica. Su elección de dar o negar su consentimiento no puede ser la base para negarle servicios médicos.**

Si marca el casillero "**DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "Sí, el personal de LIFQHC involucrado en mi atención puede ver y acceder a todas mis historias clínicas a través de HEALTHIX".

Si marca el casillero "**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "No, LIFQHC no puede tener acceso a mi historia clínica a través de HEALTHIX para ningún propósito".

HEALTHIX es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios médicos. Esta forma de compartir se denomina ehealth o tecnología de la información médica (TI médica). Para conocer más acerca de ehealth en el Estado de Nueva York, lea el folleto, "Mejor información significa mejor cuidado". Puede consultar a LIFQHC, o ingresar al sitio web www.ehealth4ny.org.

Lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX en relación con mis servicios médicos, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTE CASILLERO, la ley del Estado de Nueva York permite que las personas que lo atienden en una emergencia accedan a su historia clínica, incluidos los registros que están disponibles a través de HEALTHIX.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta
(si es aplicable)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO

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

1. **Cómo será utilizada su información.** Su información médica electrónica será utilizada por LIFQHC únicamente para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro médico y qué nivel de cobertura.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica provista a todos los pacientes.

NOTA: La elección que realice en este Formulario de consentimiento NO permite que las compañías de seguros tengan acceso a su información con el fin de decidir si le brindan cobertura o si pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un Formulario de consentimiento individual que las compañías de seguro deben usar.

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si presta su consentimiento, LIFQHC podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible, a través de la RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Su historia clínica puede incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura), resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas delicados de salud, entre los que se incluyen:

- problemas de alcohol o drogas;
- anticoncepción o aborto (planificación familiar);
- análisis o enfermedades genéticas (heredadas);
- VIH/SIDA;
- trastornos mentales;
- enfermedades de transmisión sexual.

3. **De dónde proviene su información médica.** Su información proviene de lugares que le han suministrado atención médica o cobertura médica ("Fuentes de información"). Entre ellos se incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, el programa Medicaid, y otras organizaciones de ehealth que intercambian información médica de manera electrónica. Una lista completa de fuentes de información está disponible en Hudson River HealthCare. Puede obtener una lista actualizada de fuentes de información en cualquier momento, ingresando al sitio web de HEALTHIX www.healthix.org o llamando al 877.695.4749.

4. **Quién puede tener acceso a su Información, si usted presta su consentimiento.** Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros profesionales de la salud que trabajen en LIFQHC y el personal médico que esté involucrado en su atención médica; profesionales de la salud que están cubriendo a médicos de LIFQHC o que están de guardia; y miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de consentimiento, según se describen en el párrafo uno.

5. **Sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en cualquier momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información, lo ha hecho, llame a LIFQHC al: 516.571.8600 o ingrese al sitio web de HEALTHIX: www.healthix.org ; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

6. **Redivulgación de la información.** Cualquier información médica electrónica sobre usted puede ser divulgada nuevamente por LIFQHC a terceros, sólo según el alcance permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica para información médica sobre usted que exista en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información médica, incluido el tratamiento contra el VIH/SIDA, el alcohol o las drogas. Se deben seguir requisitos especiales siempre que cualquier persona reciba información sensible de este tipo. La HEALTHIX y las personas que accedan a esta información a través de la HEALTHIX deben cumplir con estos requisitos.

7. **Perfodo de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento.

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario para retirar el consentimiento y entregandoselo a la LIFQHC. También puede cambiar las elecciones de su consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web de THINC www.healthix.org, o llamando al 877.695.4749.

Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de HEALTHIX durante la vigencia de su consentimiento, pueden copiar o incluir información en su historia clínica. Incluso si después usted decide retirar su consentimiento, estas no están obligadas a devolver o eliminar esta información de sus registros.

9. **Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento luego de firmarlo.