

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO
BRONX RHIO, INC**

En este Formulario de Consentimiento, usted puede optar por autorizar a SALUD Medical, P.C. obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc., la cual forma parte de una red informática de todo el estado. Esto puede ayudar a reunir los registros médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención médica y permitir que estén disponibles de forma electrónica para nuestra oficina.

Puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a SALUD Medical, P.C. a consultar y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta forma. Puede dar o no dar su consentimiento, y este formulario se puede completar ahora o más adelante. **Su decisión no afectará su capacidad para recibir asistencia médica o cobertura de su seguro de salud. Su decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá utilizarse como fundamento para negar los servicios de atención de la salud.**

Si marca el casillero **“DOY MI CONSENTIMIENTO”** más abajo, usted estará diciendo: “Sí, el personal de SALUD Medical, P.C. que participa en mi atención puede consultar y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc.”.

Si marca el casillero **“NO DOY MI CONSENTIMIENTO”** más abajo, usted estará diciendo: “No, SALUD Medical, P.C. no tiene autorización para acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin”.

Bronx RHIO, Inc. es una organización sin fines de lucro. Comparte información electrónicamente y de manera segura sobre la salud de las personas para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir datos se denomina *ehealth* o Informática de la Salud (*Health IT*). Para obtener más información sobre *ehealth* en el Estado de Nueva York, lea el folleto *“Better Information Means Better Care”* (Mejor información equivale a mejor atención). Puede pedirselo a SALUD Medical, P.C. o visitar el sitio web www.ehealth4ny.org.

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

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

- DOY MI CONSENTIMIENTO a SALUD Medical, P.C. para que acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. en lo que respecta a proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.

- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que SALUD Medical, P.C. acceda** a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin, *incluso en una emergencia médica.*

Si usted no indica lo contrario, la ley del Estado de Nueva York autoriza a las personas que lo atiendan en una emergencia a obtener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.

Si NO quiere dar su consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y a los planes de salud que participan en Bronx RHIO, Inc para que accedan a su información sanitaria electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. puede retirar su consentimiento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc en www.bronxrhio.org o también llamando a Bronx RHIO, Inc en el teléfono 718-708-6630

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o 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 del paciente en Bronx RHIO, Inc. y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se utilizará su información.** SALUD Medical, P.C. utilizará su información médica electrónica **solamente** para:

- proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados;
- verificar si tiene un seguro médico y con qué cobertura cuenta; y
- evaluar y mejorar la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.

NOTA: La decisión que tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a su información para decidir si le dan un seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en otro Formulario de Consentimiento aparte que deben usar las aseguradoras de salud.

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, SALUD Medical, P.C. podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial médico sobre las enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura de hueso), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas de salud confidenciales, incluidos, entre otros:

- Problemas de consumo de alcohol o drogas
- Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
- Exámenes o enfermedades genéticas (heredadas)
- VIH/SIDA
- Problemas de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual

3. **De dónde se obtiene la información médica sobre usted.** La información sobre usted se obtiene de los lugares que le han proporcionado atención médica o seguro de salud ("Fuentes de Información"). Pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de *health* que intercambian información médica electrónicamente. En Bronx RHIO, Inc. se encuentra disponible una lista completa de las Fuentes de Información actuales. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de Información en cualquier momento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc. www.bronxrhio.org o llamando al 718-708-6630.

4. **Quiénes pueden acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento.** Solamente estas personas pueden acceder a la información sobre usted: los médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de SALUD Medical, P.C. y que participan en su atención médica; los proveedores de atención médica que están de guardia o reemplazando a los médicos de SALUD Medical, P.C.; y los miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, según se describe anteriormente en el primer párrafo.

5. **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 Bronx RHIO, Inc. al 718-708-6630, visite el sitio web de Bronx RHIO, Inc. www.bronxrhio.org o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987 o siguiendo el proceso de reclamación de la oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

6. **Divulgación posterior de información.** SALUD Medical, P.C. puede divulgar posteriormente cualquier información médica electrónica sobre usted a otras personas sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel, por escrito. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para ciertos tipos de información médica confidencial, que incluyen el VIH/SIDA y los tratamientos contra las drogas y el alcohol. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de información médica confidencial. Bronx RHIO, Inc. y las personas que acceden a esta información a través de Bronx RHIO, Inc. deben cumplir con estos requisitos.

7. **Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que retire su consentimiento o hasta que tal tiempo el RHIO deje operación o hasta 50 años después de mi muerte, el que es más tarde.

8. **Retiro de su consentimiento.** Puede cambiar de parecer en cualquier momento si completa y firma un nuevo Formulario de Consentimiento y lo entrega a SALUD Medical, P.C. Puede obtener este formulario en el sitio web de Bronx RHIO, Inc. www.bronxrhio.org o pedirselo a su proveedor. **Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de Bronx RHIO, Inc. mientras su consentimiento esté en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque más adelante decida retirar su consentimiento, ellas no están obligadas a devolver o quitar su información de sus registros.**

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

10. **Salud Pública y organización de acceso para la obtención de órganos.** Ya sean Federales, estatales o locales, las agencias de salud pública y ciertas organizaciones para la obtención de órganos, están autorizadas, por ley al acceso de información sanitaria sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de salud pública y de trasplante de órganos. Puede que estas entidades accedan a su información a través de Bronx RHIO, Inc para estos propósitos sin tener en cuenta tanto si usted da o como si no da su consentimiento o si no completa un formulario de consentimiento.