



# Syracuse Orthopedic Specialists

# Autorización de acceso a información del paciente a través de una organización de intercambio de información de salud

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

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

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que la Organización que se identifica más arriba acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada HealthConnections. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. HealthConnections es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de HealthConnections en [www.HealthConnections.org](http://www.HealthConnections.org).

Se podrá acceder a mi información en casos de emergencia a menos que llene este formulario y marque la casilla 3, la cual establece que no doy mi consentimiento, aun en situaciones de emergencia.

**La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.**

<p><b>Mi opción de consentimiento.</b> He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que la Organización que se identifica más arriba acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que la Organización que se identifica más arriba acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections, <i>aun en situaciones de emergencia médica.</i></p>

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en HealthConnections a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections, podré hacerlo a través del sitio en Internet de HealthConnections, [www.HealthConnections.org](http://www.HealthConnections.org), o llamando a HealthConnections al 315-671-2241 x5.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

**Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealthConnections y el proceso de consentimiento:**

- Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
  - Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.

- **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
- **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
- **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.

2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de **HealthConnections**. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

Problemas de abuso de alcohol o drogas	Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)	VIH/SIDA
Enfermedades mentales	Enfermedades de transmisión sexual

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su legajo puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosificaciones, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, así como historial de reclamaciones del seguro de salud.

3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En **HealthConnections** podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de **HealthConnections**, [www.HealthConnections.org](http://www.HealthConnections.org), o llamando al 315-671-2241x5.
4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de **HealthConnections** con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, (i) llame la Organización que se identifica más arriba ; (ii) visite el sitio en Internet de **HealthConnections**, [www.HealthConnections.org](http://www.HealthConnections.org); (iii) llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o (iv) siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que **HealthConnections** deje de funcionar (**o hasta pasados 50 años desde su fallecimiento, lo que ocurra primero**). En caso de que **HealthConnections** se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de **HealthConnections** mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.