

Consentimiento de paciente para participar en el Intercambio de Información en Salud de HEALTHeLINK

Entiendo que si expreso mi consentimiento a continuación, estoy permitiendo que el Intercambio de Información Clínica del Oeste de Nueva York ("HEALTHeLINK") emita y facilite el acceso a toda mi información médica a mis proveedores de cuidado de la salud y aseguradoras de salud que me están tratando, con los que me encuentro inscrito, o que están realizando pagos para el cuidado de mi salud y participan de HEALTHeLINK actualmente o en el futuro. Si firmo este formulario como representante legal del paciente, entiendo que todas las referencias contenidas en este formulario en cuanto a "yo" o "mi" hacen referencia al paciente.

- Propósito:** Entiendo que mi información médica divulgada a HEALTHeLINK se utilizará sólo para brindarme tratamiento médico y para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica prestada por mis proveedores de cuidado de la salud.
- Tipos de información:** Entiendo que este consentimiento permite el acceso a toda mi información médica disponible, incluyendo en forma limitativa más no restrictiva, la información sensible relacionada con lo siguiente:
 - VIH/SIDA
 - Enfermedad Genética o Pruebas Genéticas
 - Enfermedades de Transmisión Sexual
 - Salud mental
 - Tratamiento contra el abuso de Alcohol o Sustancias
 - Planeamiento familiar/Cuidado reproductivo
- Fuentes electrónicas de información de salud:** La información a la que se accede a través de HEALTHeLINK proviene de una variedad de fuentes ("fuentes electrónicas de información de salud"). Estas fuentes electrónicas de información de salud pueden incluir proveedores participantes, otros proveedores de atención médica (como farmacias y laboratorios clínicos), aseguradoras de salud, el programa Medicaid del estado de Nueva York y otros intercambios de información de salud. Se puede consultar una lista completa de las fuentes electrónicas de información de salud actuales en www.wnyhealthelink.com. Esta lista va a cambiar de vez en cuando a medida que HEALTHeLINK siga creciendo.
- Este consentimiento permite el acceso a la información médica creada tanto antes como después de la fecha en que se firme este formulario. Entiendo que mi información puede ser divulgada nuevamente sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentos aplicables. Entiendo que si doy mi consentimiento, este permanecerá en vigor hasta el día que lo retire o que HEALTHeLINK deje de funcionar, lo que suceda primero.
- Entiendo que las aseguradoras de salud tendrán acceso a la Información Médica para el tratamiento de enfermedades, tratamiento de casos y propósitos de mejora de la calidad. Las aseguradoras de salud no van a utilizar esta información para presentar reclamos o determinar la cobertura.
- Entiendo que si cambio de idea y deseo retirar mi consentimiento, puedo firmar un Formulario de Retiro de Consentimiento. Si retiro mi consentimiento, ya no se podrá acceder a mi información médica a través de HEALTHeLINK a menos que y hasta que exprese mi consentimiento nuevamente firmando y rellenando un nuevo formulario de consentimiento. El retiro de consentimiento no afectará el intercambio de mi información médica, que se realizaba mientras mi consentimiento se encontraba en vigor.
- Entiendo que si no doy mi consentimiento a continuación, no habrá acceso a mi información médica a través de HEALTHeLINK, excepto en casos de emergencia.
- Entiendo que la decisión de participar de HEALTHeLINK es voluntaria. Ningún proveedor de cuidado de la salud participante de HEALTHeLINK me negará asistencia médica y mi aptitud para el seguro no se verá afectada si me niego a dar consentimiento.
- Entiendo que puedo acceder a una lista de proveedores de servicios de salud y aseguradoras de salud participantes de HEALTHeLINK, ya sea dirigiéndome a www.wnyhealthelink.com o llamando al 716-206-0993 para obtener la lista más actualizada de los proveedores por fax o correo
- Entiendo que los datos de identificación (nadie podrá identificarme personalmente) podrán ser utilizados por HEALTHeLINK con propósitos de investigación y evaluación.
- Comprendo que voy a obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Por la presente: Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento (Marque un solo casillero)

Retiro de la entidad recibido por:

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del Representante legal del paciente

Fecha de firma

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal del paciente

Imprimir nombre del Representante Legal del Paciente (si aplica)

Autoridad para firmar en nombre del paciente
(Ej., agente de cuidado de la salud, tutor, padre)

Si el paciente es un menor entre las edades de 12 y 18 años:

Firma del menor

Fecha de firma