

**Consentimiento del Paciente para Participar del Programa de Intercambio de Información sobre Salud de HEALTHeLINK**  
**Consentimiento Multiproveedor/Multipagador de Nivel 1**

**Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información antes de tomar una decisión.**

Usted puede utilizar el presente Formulario de Consentimiento para decidir si permite o no que los Proveedores y los Pagadores Participantes de HEALTHeLINK (“los Participantes”) involucrados en brindarle atención de salud puedan ver y tener acceso a su archivo de salud electrónico para cuestiones relacionadas con el tratamiento y/o la gestión de la atención. Este formulario puede completarse ahora o con posterioridad. Usted puede dar o no dar su consentimiento a uno o a todos los Participantes. Puede encontrar una lista completa de los Participantes en [www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants](http://www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants). Si tiene alguna pregunta sobre el llenado de este formulario, diríjase a [www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent](http://www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent). Si usted no cuenta con acceso a internet y desea una lista de los Participantes o necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llame al (716)206-0089. **Su decisión no afectará su capacidad de obtener atención médica ni su cobertura de seguro de salud. La decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá ser motivo para que se le nieguen los servicios de salud.**

En el presente Formulario de Consentimiento, usted puede elegir si permite que los Participantes tengan acceso a su archivo médico a través de una red informática controlada por HEALTHeLINK, la cual forma parte de una red informática sobre el cuidado de la salud que abarca la totalidad del estado. Esto ayuda a reunir los archivos médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención de salud, poniéndolos electrónicamente a disposición de los Participantes que le brindan servicios.

**SELECCIONE SÓLO UNA OPCIÓN:**

**SÍ**  **DOY MI CONSENTIMIENTO para que todos los Participantes involucrados en brindarme atención de salud puedan acceder a TODA la información electrónica sobre mi salud a través de HEALTHeLINK.** Al marcar este casillero, usted decide que: “Sí, el personal involucrado en brindarme atención de salud, incluidas actividades de emergencias, mejora de la calidad, gestión de la atención de salud y previas a la autorización correspondientes a todos los Participantes, puede ver y tener acceso a todos mis registros médicos a través de HEALTHeLINK”.

**SÍ EXCEPTO**  **DOY MI CONSENTIMIENTO para que todos los Participantes involucrados en brindarme atención de salud puedan acceder a TODA la información electrónica sobre mi salud a través de HEALTHeLINK, excepto los siguientes Participantes:**

<b>Nombre del Participante</b>	<b>Domicilio o número telefónico del Participante</b>
<hr/>	<hr/>

Estos Participantes no pueden acceder a la información electrónica sobre mi salud vía HEALTHeLINK **EXCEPTO en caso de emergencia médica.** Si usted decidió excluir a algún Participante, **debe** comunicarse con HEALTHeLINK al (716)206-0089 para confirmar su formulario. Si desea no dar su consentimiento para algún Participante adicional, por favor identifíquelo en el Formulario de Exclusión de Participantes y adjúntelo al presente formulario. Podrá encontrar el formulario en [www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent](http://www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent). Si usted adjuntó el Formulario de Exclusión de Participantes, por favor marque aquí

**NO EXCEPTO**  **NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que todos los Participantes involucrados en brindarme atención de salud puedan acceder a la información electrónica sobre mi salud a través de HEALTHeLINK por el motivo que sea, EXCEPTO en caso de emergencia médica.** Al marcar este casillero, usted decide que: “No, ninguno de los Participantes puede recibir acceso a mis registros médicos a través de HEALTHeLINK, salvo que sea una emergencia médica”.

**NO NUNCA**  **NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que todos los Participantes involucrados en brindarme atención de salud puedan acceder a la información electrónica sobre mi salud a través de HEALTHeLINK por el motivo que sea, INCLUSO en caso de emergencia médica.**

**NOTA:** Salvo que usted seleccione “NO, NUNCA”, las leyes del Estado de Nueva York permiten que las personas que le brinden tratamiento durante una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de HEALTHeLINK.

\_\_\_\_\_  
Consentimiento de la Persona Recibido por

PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL	TESTIGO *
<p>Nombre del Paciente en Letra Imprenta: _____ Fecha de Nacimiento _____  del Paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer _____ Domicilio del Paciente _____</p> <p>_____  Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente      Fecha</p> <p>_____  Nombre del Representante Legal del Paciente en Letra Imprenta (si corresponde)</p> <p>Relación del Representante Legal con el Paciente (si corresponde)  <input type="checkbox"/> padre o madre <input type="checkbox"/> agente al cuidado de su salud/apoderado <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> otro _____</p>	<p>* Si usted <b>NO</b> completa el presente formulario en la oficina de un Participante, necesita que un testigo complete la información que aparece a continuación.</p> <p>_____  Nombre del Testigo en Letra Imprenta</p> <p>_____  Firma del Testigo</p> <p>Relación del Testigo con el Paciente (ejemplo: cónyuge, hijo, vecino, etc.)</p> <p>V004</p>

HEALTHeLINK es una organización sin fines de lucro dedicada a compartir información sobre la salud de las personas en forma electrónica y a mejorar la calidad de los servicios de salud de manera segura. Este tipo de actividad se denomina esalud (ehealth) o tecnología de la información sobre salud (health IT). Para conocer más acerca de esalud en el Estado de Nueva York, lea el folleto “Mejor Información Significa Mejor Atención”. Puede pedirle el folleto a un Participante o dirigirse al sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org)

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

### 1. Modo de Empleo de su Información.

Los Proveedores Participantes que usted apruebe emplearán la información electrónica sobre su salud **únicamente** para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si cuenta con seguro de salud y lo que éste cubre.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se brinda a todos los pacientes.

Los **Pagadores** Participantes que usted apruebe emplearán la información electrónica sobre su salud **únicamente** para:

- **Actividades de Mejora de la Calidad.** Estas actividades incluyen evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los miembros de la aseguradora de salud.
- **Actividades de Gestión de la Atención de Salud.** Estas actividades incluyen ayudarlo a obtener la atención médica apropiada, mejorar la calidad de los servicios de atención de salud que se le brindan, coordinar el suministro de los múltiples servicios de atención de salud que se le brindan, o respaldarlo a la hora de seguir un plan de atención médica.
- **Actividades Previas a la Autorización.** Estas actividades incluyen revisar y evaluar la información médica para aprobar de antemano los servicios que usted o su proveedor de atención de salud soliciten.

**NOTA: La opción que usted indique en este Formulario de Consentimiento NO permitirá que las aseguradoras de salud tengan acceso a su información para decidir si brindarle un seguro de salud o pagar sus facturas. Usted puede indicar dicha opción en un Formulario de Consentimiento separado que deben utilizar las aseguradoras de salud.**

**2. Tipo de Información sobre Usted que se Incluye.** Si usted da su consentimiento, los Participantes que apruebe podrán acceder a TODA la información electrónica sobre su salud disponible a través de HEALTHeLINK. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha del presente Formulario de Consentimiento. Es posible que sus registros de salud incluyan un historial de enfermedades y lesiones que haya sufrido (por ejemplo, diabetes o una quebradura), resultados de análisis (por ejemplo, rayos X o análisis de sangre) y una lista de los medicamentos que haya ingerido. Esta información podría relacionarse con afecciones confidenciales, incluidas aunque sin limitarse a:

- Problemas de alcohol o uso de drogas
- VIH/SIDA
- Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
- Análisis o enfermedades genéticas (hereditarias)
- Enfermedades mentales
- Enfermedades de transmisión sexual

**3. Procedencia de la Información sobre su Salud.** La información sobre usted proviene de los lugares que le han brindado atención médica o un seguro de salud (“las Fuentes de Información”). Las Fuentes de Información incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de esalud que intercambian información sobre salud en forma electrónica. En HEALTHeLINK se encuentra disponible una lista completa de las Fuentes de Información vigentes. Puede obtener una lista actualizada en todo momento visitando el sitio web de HEALTHeLINK en [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com) o llamando al 716-206-0993 ext. 311.

**4. Personas que Pueden Acceder a su Información, Si Usted Da su Consentimiento.** Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros proveedores de atención de salud que formen parte del personal médico de un Proveedor Participante aprobado involucrado en brindarle atención médica, proveedores de atención de salud que estén sustituyendo o a disposición de los médicos del Proveedor Participante aprobado, y miembros del personal de un Participante aprobado que lleva a cabo actividades permitidas según el presente Formulario de Consentimiento tal como se describe en el punto uno. Para obtener una lista completa de los Participantes, visite el sitio web de HEALTHeLINK en [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com) o llame al 716-206-0993 ext. 311.

**5. Penas por Acceso o Uso Indebidos de su Información.** Existen penas por el acceso o uso indebidos de la información electrónica sobre su salud. Si en algún momento sospecha que alguien pudo haber visto o accedido a su información de forma indebida, llame a uno de los Participantes que usted autorizó que tengan acceso a sus registros, o visite el sitio web de HEALTHeLINK en [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com), o llame a HEALTHeLINK al 716-206-0993 ext. 311, o al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 877-690-2211.

**6. Posterior Divulgación de la Información.** Los Participantes pueden divulgar a su vez toda la información electrónica sobre su salud a otras personas únicamente en la medida que lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información sobre su salud que existe en forma impresa. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunas clases de información confidencial sobre salud, incluida la relacionada con el VIH/SIDA y los tratamientos contra el abuso de drogas y el alcohol. Cuando las personas reciben esta clase de información confidencial sobre salud, deben seguirse sus requisitos especiales. HEALTHeLINK y las personas que acceden a esta información a través de HEALTHeLINK deben cumplir tales requisitos.

**7. Período de Vigencia.** El presente Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted retire su consentimiento.

**8. Retiro de su Consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en todo momento mediante la firma de un Formulario de Retiro del Consentimiento y su entrega a uno de los Participantes. También puede modificar sus opciones de consentimiento mediante la firma de un nuevo Formulario de Consentimiento en cualquier momento. Puede obtener dichos formularios en el sitio web de HEALTHeLINK en [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com) o llamando al 716-206-0993 ext. 311.

**Nota: Las organizaciones que accedan a la información sobre su salud a través de HEALTHeLINK mientras su consentimiento esté vigente pueden copiar o incluir la información en sus propios registros médicos. Aunque usted decida con posterioridad retirar su consentimiento, estas organizaciones no están obligadas a devolver o eliminar tal información de sus registros.**

**9. Copia del Formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia del presente Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.