

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACCESO
A DATOS ELECTRÓNICOS DE HIXNY
Community Care Physicians**

Este Formulario de Consentimiento le permite autorizar a Community Care Physicians a acceder a sus registros médicos a través de una red informática operada por Healthcare Information Xchange of New York, Inc., también conocida como Hixny (“Hixny”), que forma parte de una red estatal. Permitir este acceso puede ayudar a recopilar sus registros médicos de los diferentes lugares donde recibe atención médica y ponerlos a disposición de nuestra oficina por vía electrónica.

Mediante este Formulario de Consentimiento, usted puede elegir si permite o no que Community Care Physicians tenga acceso a sus registros médicos electrónicos y pueda consultarlos. Usted puede dar o negar su consentimiento en este formulario, el cual puede completar ahora o en el futuro. **Su elección no tendrá consecuencias en la atención de salud que recibe o en la cobertura de su seguro médico. Su decisión de otorgar o denegar el consentimiento no podrá ser utilizada como motivo para negarle servicios de atención médica.**

Si marca la casilla que dice “**DOY MI CONSENTIMIENTO**” que figura a continuación, está autorizando al personal de Community Care Physicians que le proporciona atención médica a tener acceso a todos sus registros médicos y a consultarlos a través de Hixny.

Si marca la casilla “**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**” que figura a continuación, no está autorizando al personal de Community Care Physicians a tener acceso a sus registros médicos a través de Hixny para ningún propósito.

Hixny es una organización sin fines de lucro. Comparte información médica de las personas de forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios sanitarios. Este tipo de intercambio se denomina sanidad electrónica o tecnología de la información médica (TI médica). Si desea obtener más información sobre Hixny y la sanidad electrónica en el Estado de Nueva York, lea el folleto “Your Health Information - Always at Your Doctor’s Fingertips” (“Su información médica, siempre al alcance de su médico”). Puede solicitárselo a Community Care Physicians o consultar la página web www.hixny.org.

Lea atentamente la información que figura al dorso de este formulario antes de tomar una decisión.

Opciones respecto al consentimiento. Puede completar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- **DOY MI CONSENTIMIENTO para que Community Care Physicians acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de Hixny con el fin de brindarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.
- **NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Community Care Physicians acceda** a mi información médica electrónica a través de Hixny sin importar cuál sea el propósito, *incluso durante emergencias médicas.*

NOTA: A MENOS QUE SELECCIONE ESTA CASILLA, las leyes del Estado de Nueva York autorizan a quienes le presten atención de emergencia a consultar su registro médico, incluyendo los datos que se encuentren en Hixny.

Nombre en imprenta del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Nombre en imprenta del representante legal
(si corresponde)

Relación del representante legal con el paciente
(si corresponde)

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

1. Cómo se utilizará su información. Su información médica electrónica será utilizada por Community Care Physicians solo para los siguientes fines:

- proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados;
- corroborar si tiene seguro médico y lo que este cubre; y
- evaluar y mejorar la calidad de la atención médica prestada a todos los pacientes.

NOTA: La elección que usted tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las compañías de seguros a tener acceso a su información con el fin de decidir si le conceden un seguro médico o pagan sus facturas. Puede proporcionar esa autorización a través de un Formulario de Consentimiento distinto, que deben emplear las compañías de seguros de salud.

2. A qué información se proporciona acceso. Si da su consentimiento, Community Care Physicians podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de Hixny. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya padecido (como diabetes o una fractura ósea), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede referirse a condiciones sanitarias delicadas, tales como:

- problemas de consumo de alcohol o drogas;
- control de la natalidad y aborto (planificación familiar);
- enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias);
- VIH/SIDA;
- enfermedades mentales; y
- enfermedades de transmisión sexual; entre otras.

3. De dónde proviene su información médica. Su información médica proviene de las entidades que le han proporcionado asistencia sanitaria o de su seguro ("Fuentes de Información"). Puede tratarse de hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras médicas, el programa Medicaid y otras organizaciones de sanidad electrónica que intercambian información médica de manera digital. En Community Care Physicians encontrará una lista completa de las fuentes de información actuales. Puede obtener una lista actualizada de Fuentes de Información cuando lo desee, consultando el sitio web de Hixny: www.hixny.org.

4. Quién puede acceder a su información si usted da su consentimiento. Solo las siguientes personas pueden acceder a su información: médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de Community Care Physicians y le brindan atención médica; proveedores de atención médica que están de guardia o cubren a los médicos de Community Care Physicians; y miembros del personal que llevan a cabo actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, como se describe anteriormente en el primer párrafo.

5. Sanciones por acceso o uso indebidos de su información. El acceso o uso indebido de su información médica electrónica conlleva sanciones. Si en algún momento sospecha que alguien sin autorización ha consultado o accedido a información sobre su persona, comuníquese con Community Care Physicians al (518) 452-1337; o con Hixny al (518) 783-0518 o con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (877) 690-2211.

6. Redivulgación de información. Community Care Physicians solo puede volver a divulgar su información médica electrónica a terceros en la medida que lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables. Esto también se extiende a su información médica en papel. Ciertas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para determinados tipos de información médica sensible, como la relacionada con el VIH/sida o el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción. Cuando se reciba este tipo de información médica delicada, se deberán cumplir los requisitos especiales establecidos en dichas leyes. Tanto Hixny como quienes accedan a esta información por medio de Hixny están obligados a satisfacer los requisitos.

7. Período de vigencia. Este formulario de consentimiento estará vigente hasta el día en que retire su consentimiento o hasta el momento en que Hixny cese su actividad.

8. Retiro de consentimiento. Puede retirar su consentimiento cuando lo desee, entregando a Community Care Physicians un Formulario de Retiro de Consentimiento firmado por usted. También puede cambiar sus opciones de consentimiento cuando lo desee, firmando un nuevo Formulario de Consentimiento. Puede obtener estos formularios solicitándolos a cualquier proveedor de Hixny; visitando el sitio web de Hixny, www.hixny.org o llamando al (518) 783-0518. **Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de Hixny mientras su consentimiento esté vigente podrán copiar o incluir esa información en sus propios registros médicos. Si posteriormente usted decide retirar su consentimiento, esas organizaciones no tendrán la obligación de devolver o eliminar esa información de sus registros.**

9. Copia del Formulario. Tiene derecho a que se le proporcione una copia de este Formulario de Consentimiento una vez que lo firme.