



Affiliate of **Richmond University**
Medical Center

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, CONTACTE A:

Director de la oficina, donde reportarán su duda al Departamento de Asuntos Legales, o Llame a nuestra Línea Directa de Cumplimiento al 1-800-826-6762

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información médica protegida para realizar tratamientos, operaciones de pago o médicas, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos al acceso y control de su información médica protegida. La "Información Médica Protegida" es información suya, incluyendo información demográfica que pueda identificarlo y que esté relacionada con su salud mental o condición pasada, presente o futura, y con servicios médicos similares.

Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso cubrirá toda la información médica protegida hasta el momento. Bajo solicitud, podemos proporcionarle cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado si llama a nuestra oficina y solicita que se le envíe por correo una copia o si pide una en su siguiente cita.

1. Usos y revelaciones de la Información Médica Protegida

Usos y revelaciones de la Información Médica Protegida según su consentimiento por escrito

Se le solicitará firmar un formulario de consentimiento. Al firmar el formulario de consentimiento y dar su consentimiento del uso y divulgación de su información médica protegida para algún tratamiento, operaciones de pago y médicas, su médico usará o divulgará su información médica protegida como se describe en la Sección 1.

Su información médica protegida puede utilizarse y revelarse por su médico, nuestro personal de oficina y fuera de esta, que esté involucrado en su cuidado y tratamiento para fines de proporcionarle servicios médicos. Su información médica protegida puede utilizarse y revelarse para fines de pago de su factura médica y para comprobar la operación del centro de salud de su médico.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y revelaciones de su información médica protegida que el consultorio tiene permitido realizar una vez que firme nuestro formulario de consentimiento. Estos ejemplos no son de carácter limitativo, pero describen los tipos y usos y revelaciones que se pueden hacer en nuestra oficina una vez que haya dado su consentimiento.

Tratamiento: Utilizaremos y revelaremos su información médica protegida para suministrar, coordinar o administrar su información médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su información médica con terceras partes que ya hayan obtenido su permiso al acceso de su información médica protegida. Por ejemplo, revelaríamos su información médica protegida, si es necesario, a una agencia de servicios médicos a domicilio que le esté proporcionando sus servicios. También divulgaremos información médica protegida a otros médicos que pudieran tratarlo si obtenemos los permisos necesarios de su parte para hablar sobre su información médica protegida. Por ejemplo, su información médica protegida puede compartirse a un médico al que haya sido remitido para asegurarse de que el médico cuente con la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.



Además, podemos revelar su información médica protegida periódicamente a otro médico * 1426582w19656 A-FormLett servicios médicos (por ejemplo, a un especialista o a un laboratorio) que, a petición de su médico, tenga que involucrarse en su cuidado proporcionándole asistencia a su médico en su diagnóstico o tratamiento médico.

Pago: su información médica protegida se utilizará cuando sea necesario para obtener el pago por los servicios médicos. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico pueda llevar a cabo antes de aprobar o pagar por los servicios médicos que recomendamos para usted, como: hacer una determinación de la elegibilidad o cobertura de los beneficios de su seguro, revisar los servicios proporcionados por alguna necesidad médica y llevar a cabo actividades de análisis de utilización. Por ejemplo, obtener la aprobación para ser internado en un hospital puede requerir que su información médica protegida se revele a la aseguradora de su plan médico para obtener dicha aprobación.

Operaciones médicas: cuando sea necesario, podemos usar o revelar su información médica protegida con la finalidad de cubrir las actividades comerciales del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, con carácter meramente enunciativo: actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación a estudiantes de medicina, concesión de licencias, actividades de marketing y de recaudación de fondos, y realizar y organizar otras actividades comerciales.

Por ejemplo, podemos revelar su información a estudiantes de medicina que atienden a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de asistencia en el área de recepción, donde se le pedirá que escriba su nombre y el nombre de su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando un médico esté disponible para atenderlo. Podemos utilizar o revelar su información médica protegida, cuando sea necesario, para contactarlo y recordarle su cita.

Compartiremos su información médica protegida con socios comerciales terceros que llevan a cabo varias actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción) para el consultorio. Cuando algún acuerdo entre nuestra oficina y nuestro socio comercial involucre el uso o revelación de su información médica protegida, tendremos un contrato por escrito que contenga los términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

Podemos utilizar o revelar su información médica protegida, cuando sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios médicos que puedan interesarle. También podemos utilizar y revelar su información médica protegida para otras actividades de marketing. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden ser utilizadas para enviarle un boletín de noticias acerca de nuestra práctica y los servicios que ofrecemos. También podemos enviarle información sobre productos y servicios que creamos que son beneficiosos para usted. Puede contactar a nuestro Departamento de Privacidad para solicitar que estos materiales no le sean enviados.

También podemos utilizar o revelar su información demográfica y las fechas en las que recibió tratamiento de su médico, cuando sea necesario, para contactarlo sobre actividades de recaudación de fondos patrocinadas por nuestra oficina. Si no quiere recibir este tipo de material, contacte a nuestro Departamento de Privacidad y solicite que dicho material no le sea enviado.

Usos y revelaciones de Información Médica Protegida según su autorización por escrito

Otros usos y revelaciones de su información médica protegida serán únicamente hechos con su autorización por escrito, al menos que la ley permita o requiera lo contrario como se describe a continuación. Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida que su médico o el consultorio de su médico hayan tomado una acción según el uso o revelación indicados en la autorización.

Otros usos y revelaciones permitidos y requeridos que pueden hacerse con su consentimiento, autorización o posibilidad de objeción

Podemos utilizar y revelar su información médica protegida en los siguientes casos. Usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o la revelación de toda o una parte de su información médica protegida. Si no está presente o no puede acordar u objetar el uso o revelación de su información médica protegida, entonces su médico puede, a su juicio profesional, determinar si la revelación de información es para su beneficio. En este caso, únicamente la información médica protegida que sea relevante a su información médica podrá revelarse.



Terceras partes involucradas en su atención médica: Al menos que lo objete, podemos * 1426582w19656 A-FormLett
 algún familiar, pariente, a un amigo cercano o a otra persona que usted pueda identificar, su información
 médica protegida que directamente relacione la participación de esa persona con su atención médica.
 Si no puede acordar u objetar dicha revelación, podemos revelar esa información, de ser necesario, si
 determinamos que es para su beneficio según nuestro juicio profesional. Podemos utilizar o revelar la
 información médica protegida para notificar o asistir en la notificación a algún familiar, representante
 personal o a cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, condición general o muerte.
 Finalmente, podemos utilizar o revelar su información médica protegida con alguna entidad pública o
 privada para ayudar durante la asistencia en caso de desastres y para coordinar usos y revelaciones a
 familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

Emergencias: podemos utilizar o revelar su información médica protegida para algún tratamiento de
 emergencia. Si esto sucede, su médico deberá intentar obtener su consentimiento tan pronto como sea
 razonablemente posible después de la administración de su tratamiento. Si su médico u otro médico tienen
 requerido por ley tratarlo y el médico ha intentado obtener su consentimiento, pero no puede hacerlo, él o
 ella aún pueden utilizar o revelar su información médica protegida para tratarlo.

Barreras de comunicación: podemos utilizar y revelar su información médica protegida si su médico
 u otro médico intentan obtener su consentimiento, pero no pueden hacerlo debido a una barrera de
 comunicación substancial y si el médico determina, utilizando su juicio profesional, que usted está
 intentando otorgar su consentimiento del uso y revelación dadas las circunstancias.

Otros usos y revelaciones permitidos y requeridos que pueden hacerse sin su consentimiento, autorización o posibilidad de objeción

Podemos utilizar o revelar su información médica protegida sin su consentimiento o autorización en las
 siguientes situaciones. Esta situaciones incluyen:

Si es requerido por la ley: Podemos utilizar o revelar su información médica protegida en la medida en
 que el uso o revelación sean requeridos por la ley. El uso o revelación se harán de conformidad con la ley
 y estarán limitados a los requisitos relevantes de la ley. Usted será notificado, de acuerdo con la ley, de
 cualquier uso o revelación.

Salud pública: podemos divulgar su información médica protegida para actividades y fines de salud
 pública a alguna autoridad de salud pública que tenga permitido por ley recolectar o recibir la información.
 La revelación se hará con la finalidad de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También
 podemos revelar su información médica protegida si así lo indica la autoridad de salud pública, a una
 agencia de gobierno extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

Enfermedades transmisibles: podemos revelar su información médica protegida, si así lo autoriza la ley,
 a alguna persona que haya sido expuesta a alguna enfermedad transmisible o que pueda estar en riesgo
 de contraer o esparcir la enfermedad o condición.

Supervisión de la salud: podemos revelar su información médica protegida a alguna agencia de
 supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como audiencias, investigaciones e
 inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias de gobierno
 que supervisan el sistema de los servicios médicos, los programas de beneficios gubernamentales, otros
 programas reglamentarios gubernamentales y las leyes de los derechos civiles.

Abuso o negligencia: podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública
 que esté autorizada por la ley a recibir reportes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos revelar
 su información médica protegida a alguna entidad gubernamental u agencia autorizada para recibir dicha
 información si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia familiar. En este caso,
 la revelación se hará siguiendo los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Administración de Alimentos y Medicamentos: podemos revelar su información médica protegida a una
 persona o empresa que, por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), requiera
 reportar eventos adversos, defectos o problemas en productos, desviaciones de productos biológicos,
 rastreo de productos; para retirar productos del mercado; para hacer reparaciones o reemplazos, o para
 contactar al área de vigilancia pos mercadeo, según se requiera.



Acción judicial: podemos revelar su información médica protegida en caso de alguna acción administrativa, en respuesta a una orden de alguna corte o tribunal administrativo (en la medida en que dicha revelación sea expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a alguna citación, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal. * 1426582w19656 A-FormLett

Seguridad pública: también podemos revelar su información médica protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de seguridad pública. Los fines de seguridad pública incluyen (1) procesos legales y otros requeridos por la ley, (2) solicitudes de información limitada para fines de identificación y ubicación, (3) información perteneciente a víctimas de un crimen, (4) sospecha de que ha ocurrido una muerte como resultado de una conducta criminal, (5) si ocurre un crimen en las instalaciones de la oficina, y (6) en caso de emergencia médica (no en las instalaciones de la oficina) y es posible que haya ocurrido un crimen.

Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: podemos revelar su información médica protegida a algún médico forense o médico examinador para que lleve a cabo sus deberes autorizados por la ley. También podemos revelar su información médica protegida a algún director de una funeraria, según lo autorice la ley, con la finalidad de permitirle al director de la funeraria de realizar sus funciones. Podemos revelar dicha información en caso de alguna anticipación razonable de muerte. La información médica protegida puede utilizarse y revelarse para la donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Investigación: podemos revelar información médica protegida a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica protegida.

Actividad criminal: de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, podemos revelar su información médica protegida si consideramos que el uso o revelaciones son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o el público. También podemos revelar información médica protegida si es necesario que las autoridades competentes identifiquen o detengan a una persona.

Actividad militar y seguridad nacional: cuando las condiciones adecuadas apliquen, podemos utilizar y revelar información médica protegida de personas que sean parte del personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando militar, (2) para fines de determinar la elegibilidad para recibir prestaciones del Departamento de Asuntos para Veteranos, o (3) para servicios de militares extranjeros si es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos revelar su información médica protegida a oficiales federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo la provisión de servicios de protección al presidente u otros autorizados legalmente.

Indemnización laboral: nosotros podemos revelar su información médica protegida para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas similares legalmente establecidos.

Reclusos: podemos utilizar o revelar su información médica protegida si es recluso de un centro penitenciario y su médico creó o recibió su información médica protegida en el curso de la provisión de cuidados hacia usted.

Usuarios requeridos y revelaciones: de conformidad con la ley, debemos hacer revelaciones a usted cuando sea requerido por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500 et. seq.

2. Sus derechos

El siguiente es un informe de sus derechos referentes a su información médica protegida y una descripción breve de cómo puede ejercer estos derechos.

Tiene el derecho a inspeccionar una copia de su información médica protegida. Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre usted que esté guardada en un archivo designado, donde permanecerá por el tiempo que mantengamos la información médica protegida. Un "archivo designado" contiene registros médicos y de facturación, así como otros registros que su médico y la oficina utilizan para tomar decisiones sobre usted.



Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: * 1426582w19656 A-FormLett
 psicoterapia; información recaudada con anticipación razonable de, o utilizada, en acciones o procesos civiles, penales o administrativos, e información médica protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida. Dependiendo de las circunstancias, puede revisarse una decisión de negación del acceso. En algunos casos, usted puede tener el derecho a que se haga esta revisión. Contacte a nuestro Departamento de Privacidad si tiene dudas sobre el acceso a sus registros médicos.

Tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede pedirnos no utilizar o revelar ninguna parte de su información personal protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de servicios médicos. También puede pedirnos que cualquier parte de su información médica protegida no se revele a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para una restricción específica y a quienes usted quiera que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Si su médico considera que utilizar y revelar su información médica profesional es para su beneficio, su información médica protegida no será restringida. Si su médico acepta la restricción solicitada, no podremos utilizar o revelar su información médica protegida en violación con esa restricción, a menos que sea necesario para proporcionar un tratamiento de emergencia. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que quiera solicitar con su médico. Puede solicitar una restricción informándole al Gerente de NOMBRE DEL CONSULTORIO. Nosotros documentaremos de manera adecuada su registro médico.

Tiene el derecho a solicitarnos recibir la información confidencial por medios alternos o en una ubicación alterna. Atenderemos las solicitudes razonables. También podemos condicionar esto pidiéndole información de cómo se manejará el pago o solicitándole una dirección alterna u otro medio de contacto. No solicitaremos una explicación de su parte según la solicitud. Haga esta solicitud por escrito y envíela al Departamento de Privacidad.

Puede tener el derecho a solicitarle a su médico enmendar su información médica protegida.

Esto significa que puede solicitar una enmienda de su información médica protegida en un archivo designado, siempre y cuando contemos con esta información. En algunos casos, podemos negar la solicitud de enmienda. Si le negamos la solicitud de enmienda, usted tiene el derecho a presentar un documento de desacuerdo ante nosotros y nosotros prepararemos un escrito de rechazo de su documento de desacuerdo y le daremos una copia de dicho rechazo. Contacte a nuestro Departamento de Privacidad para determinar si tiene alguna pregunta sobre enmendar su registro médico.

Puede tener el derecho a recibir un informe de ciertas revelaciones que hemos hecho, en caso de así serlo, de su información médica protegida. Esto aplica para revelaciones con fines ajenos a su tratamiento, pago u operaciones de servicios médicos descritas en el presente Aviso de Prácticas de Privacidad. Esto excluye revelaciones que hayamos hecho a usted, sus familiares o amigos involucrados en su cuidado o para fines de notificación. Tiene el derecho a recibir información específica sobre estas revelaciones que ocurrieron antes de (Fecha) de 2008. Puede solicitar un periodo de tiempo más corto. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Tiene el derecho a recibir una copia física de este aviso por parte nuestra, bajo pedido, incluso si ha acordado aceptar este aviso de manera electrónica.

3. Quejas

Puede presentar una queja con nosotros o ante la Secretaría de Servicios de Salud y Humanos si considera que nosotros hemos infringido sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Departamento de Privacidad de su queja. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Puede contactar al director de la oficina para obtener más información sobre el proceso de quejas.

Este aviso fue publicado y es efectivo al 11/5/2015.



POLÍTICA DE NOTIFICACIÓN

* 1426582w19656 A-FormLett

Nombre _____

Fecha _____

La Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) le permite a los proveedores médicos comunicarse con pacientes sobre su atención médica, ya sea por correo, teléfono, o correo electrónico o mensajes de voz. También podemos dejar un mensaje con algún familiar o persona que conteste el teléfono cuando el paciente no esté presente. Para salvaguardar de manera razonable la privacidad del paciente, nos encargamos de limitar la cantidad de información divulgada.

Proporcione los números de teléfono o correo electrónico donde podamos contactarlo:

_____ Casa _____

_____ Trabajo _____

_____ Celular _____

_____ Correo electrónico _____

Escriba los nombres de las personas autorizadas para divulgar información y registros médicos:

_____	_____	_____	Sí _____ No _____
Nombre	Núm. de teléfono	Parentesco	

_____	_____	_____	Sí _____ No _____
Nombre	Núm. de teléfono	Parentesco	

_____	_____	_____	Sí _____ No _____
Nombre	Núm. de teléfono	Parentesco	

¿Con quién podemos hablar sobre su situación financiera?

_____	_____	_____	Sí _____ No _____
Nombre	Núm. de teléfono	Parentesco	

_____	_____	_____	Sí _____ No _____
Nombre	Núm. de teléfono	Parentesco	

La firma de abajo da fe de que me han ofrecido una copia de la política de HIPAA de Amboy Medical Practice PC

_____ FIRMA (paciente/tutor legal) _____ FECHA

Nombre del contacto de emergencia _____ Núm. de teléfono _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Núm. de teléfono _____



* 1426582w19656 A-FormLett

Richmond Health Network

Affiliate of  Richmond University Medical Center

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de molde)

1. RESPONSABILIDAD DE PAGO:

Estoy de acuerdo que yo, personalmente, soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos en la asignación.

2. RESPONSABILIDAD DE PAGO:

Por medio del presente acuerdo cedo, transfiero y traspaso directamente los fondos o prestaciones suficientes para gastos médicos básicos y mayores que puedan corresponder por la atención médica y profesional, con la finalidad de cubrir los costos del servicio y tratamiento proporcionado a mi persona o a mi dependiente en dicho departamento.

3. PRESTACIONES MÉDICAS:

Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título VIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier portador de mi información médica o de otro tipo a revelar cualquier información necesaria para esto o relacionada con algún reclamo de Medicare ante la Administración del Seguro Social y la Administración Financiera de Asistencia Médica, o sus intermediarios u operadores. Solicito que el pago de las prestaciones autorizadas se haga en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por servicios médicos a.

4. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:

Por medio del presente acuerdo autorizo y ordeno a cualquier médico que me trató o a mi dependiente, a revelar a agencias gubernamentales, aseguradoras u otros que sean financieramente responsables de dicha atención médica y profesional, toda la información necesaria para substanciar un reclamo y un pago.

5. COSTOS DE COBRANZA:

Estoy de acuerdo que, en caso de que mi cuenta sea puesta en estado de cobro, cualquier derecho adicional incurrido debido a esto será agregado a mi saldo pendiente. Estoy de acuerdo que estos derechos adicionales serán mi responsabilidad.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA



* 1426582w19656 A-FormLett

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

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

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 **Amboy Medical Practice, PC** (incluidos sus agentes) acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. 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. Healthix 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 HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

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.

Mi opción de consentimiento. 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.
☐ 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Amboy Medical Practice, PC acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.
☐ 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Amboy Medical Practice, PC acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877-695-4749.

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)



* 1426582w19656 A-FormLett

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix 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.
- 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 Healthix. 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 y diagnóstico	• Enfermedades de transmisión sexual	• Informes sobre altas hospitalarias
• Control de natalidad y abortos (planificación familiar)	• Medicación y dosis	• Información laboral
• Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)	• Información sobre el diagnóstico	• Composición familiar
• VIH/SIDA	• Alergias	• Apoyo social
• Enfermedades mentales	• Informes sobre la historia de uso de sustancias	• Registros clínicos sobre reclamos
	• Observaciones clínicas	• Pruebas de laboratorio
- 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 Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder a una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando al 877-695-4749.
- 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.
- 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 Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
- 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, o llame a Amboy Medical Practice, PC al _____; o visite el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/oc/privacy/hipaa/complaints/>.
- 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.
- Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, el día de su fallecimiento o hasta que Healthix deje de funcionar. En caso de que Healthix se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
- 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 Healthix 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.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.



Proveedores de atención médica pueden documentar el consentimiento voluntario verbal o adaptar este formulario de muestra para el uso

Consentimiento para participar en el registro de inmunización municipal

Requerido para las personas de 19 años de edad o más

El Registro de Inmunización Municipal de Nueva York (CIR, en inglés) es un sistema computarizado confidencial, que permite a los usuarios autorizados acceso a los récords de inmunización de una persona. Leyes federales y estatales estrictas protegen la privacidad de la información personal en el sistema. Estas son algunos de los beneficios de participar en el CIR:

- Su proveedor de cuidado puede utilizar su CIR para asegurar que usted recibe todas las vacunas, así como otro tratamiento médico recomendado.
- El CIR provee un récord permanente y de acceso fácil de sus inmunizaciones.

La participación en el CIR es voluntaria para las personas de 19 años y más, así que no serán incluidas, al menos que complete este formulario de consentimiento. Si desea participar, por favor lea la siguiente afirmación cuidadosamente y firmela. Para obtener información adicional sobre este consentimiento, por favor llame al (347) 396-2400.

Declaración de Consentimiento

Autorizo a _____ (nombre del médico u organización de cuidado de la salud) hacer pública mis inmunización (es) e información personal al Registro de Inmunización Municipal de Nueva York (CIR). Entiendo que el propósito del CIR es ayudar en mi cuidado médico y registrar las vacunas que he recibido o recibiré en el futuro. La información de mis vacunas podría ser utilizada posiblemente por el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York para propósitos de mejoramiento de la calidad, investigación epidemiológica, y control de enfermedades. Mi identidad personal será eliminada de cualquier información usada para mejoramiento de la calidad o investigación.

La información de inmunización en el CIR puede ser publicada solamente a mí, mi organización de cuidado médico, los departamentos de salud de mi estado y locales, a la escuela en la que estoy inscrito/a para asistir, y proveedores médico autorizados que me rinden cuidado médico.

Entiendo que mi participación, o no participación, en el CIR no tendrá efecto en mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de cuidado de salud. Además entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento usando el formulario proporcionado. Si retiro mi consentimiento en el futuro después de proveerlo, la información recibida por el CIR con mi consentimiento permanecerá en el CIR. Sin embargo, las inmunizaciones futuras no serán registradas en el CIR.

Nombre Impreso

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha



* 1426582w19656 A-FormLett

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

¿Podría tomarse un momento para decirnos cómo se enteró de nuestro centro de salud?

¡Gracias!

- _____ Referencia de un médico - *Nombre del médico:* _____
- _____ Amigo o familiar
- _____ Aseguradora
- _____ Anuncio publicitario en el Ferry de Staten Island
- _____ Anuncio publicitario en la Terminal del Ferry de Staten Island
- _____ En el tablero digital del Ferry de Staten Island
- _____ Anuncio publicitario en el centro comercial de Staten Island
- _____ Periódico Staten Island Advance
- _____ SI Live (sitio web)
- _____ Anuncio publicitario en la Revista Staten Island PARENT
- _____ Folleto de la Iglesia
- _____ Facebook
- _____ Búsqueda en Google
- _____ Anuncio publicitario en la Revista Russian Business
- _____ Circular de Family Savings
- _____ Parada de autobús
- _____ Wagner College
- _____ Otro _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de cita: _____