

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO BRONX RHIO, INC

En este Formulario de Consentimiento, usted puede optar por autorizar a Name of Participant obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc., la cual forma parte de una red informática de todo el estado. Esto puede ayudar a reunir los registros médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención médica y permitir que estén disponibles de forma electrónica para nuestra oficina.

Puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a Name of Participant a consultar y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta forma. Puede dar o no dar su consentimiento, y este formulario se puede completar ahora o más adelante. **Su decisión no afectará su capacidad para recibir asistencia médica o cobertura de su seguro de salud. Su decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá utilizarse como fundamento para negar los servicios de atención de la salud.**

Si marca el casillero **"DOY MI CONSENTIMIENTO"** más abajo, usted estará diciendo: "Sí, el personal de Name of Participant que participa en mi atención puede consultar y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc."

Si marca el casillero **"NO DOY MI CONSENTIMIENTO"** más abajo, usted estará diciendo: "No, Name of Participant no tiene autorización para acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin".

Si marca el casillero **"DOY CONSENTIMIENTO SOLO PARA EMERGENCIAS"**, usted dice "No, Name of Participant no puede tener acceso a mi historial médico a través de Bronx RHIO, Inc. a menos que sea una emergencia médica".

Bronx RHIO, Inc. es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y participa en la Red Estatal de Información Sanitaria de Nueva York (SHIN-NY). Para obtener más información, consulte <https://nyhealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny/>.

**Lea detenidamente la información que se encuentra al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.**

**Sus opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene tres opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO a Name of Participant para que acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. en lo que respecta a proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Name of Participant acceda** a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin, *incluso en una emergencia médica*.
- DOY MI CONSENTIMIENTO SOLAMENTE PARA EMERGENCIAS para que Name of Participant acceda** a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. No doy mi consentimiento para que se acceda a mi información médica en casos que no sean de emergencia.

**Si usted no indica lo contrario, la ley del Estado de Nueva York autoriza a las personas que lo atiendan en una emergencia a obtener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.**

Si NO quiere dar su consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y a los planes de salud que participan en Bronx RHIO, Inc para que accedan a su información sanitaria electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. puede retirar su consentimiento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc en [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o también llamando a Bronx RHIO, Inc en el teléfono 718-708-6630.

Entiendo que, a mi solicitud, Bronx RHIO, Inc debe proporcionarme una lista de individuos y organizaciones que han recibido mi información de salud electrónica bajo los términos de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, en letra de imprenta  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal  
con el paciente (si corresponde)

## Detalles sobre la información del paciente en Bronx RHIO, Inc. y el proceso de consentimiento:

- Cómo se utilizará su información.** Su información de salud electrónica se utilizará **sólo** para los siguientes servicios de salud:
  - **Servicios de Tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados, incluyendo hacer que su información esté disponible para otros proveedores de atención médica que lo tratan, para ayudarles a asegurarse de que obtiene el tratamiento médico que necesita.
  - **Verificación de Elegibilidad de Seguros.** Compruebe si tiene seguro de salud y qué cubre.
  - **Actividades de gestión de cuidados.** Estos incluyen ayudarle a obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención de salud que le sean proporcionados o apoyarle en el seguimiento de un plan de atención médica.
  - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a usted ya todos los pacientes.

**NOTA: La decisión que tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a su información para decidir si le dan un seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en otro Formulario de Consentimiento aparte que deben usar las aseguradoras de salud.**

- Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, Name of Participant podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial médico sobre las enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura de hueso), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas de salud confidenciales, incluidos, entre otros:
  - Problemas de consumo de alcohol o drogas
  - Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
  - Exámenes o enfermedades genéticas (heredadas)
  - VIH/SIDA
  - Problemas de salud mental
  - Enfermedades de transmisión sexual

Si usted ha recibido atención de abuso de alcohol o drogas, su registro puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de abuso de sustancias, historial de trauma, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyo social, Y historial de reclamaciones de seguro de salud.

- De dónde se obtiene la información médica sobre usted.** La información sobre usted se obtiene de los lugares que le han proporcionado atención médica o seguro de salud ("Fuentes de Información"). Pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de *ehealth* que intercambian información médica electrónicamente. En Bronx RHIO, Inc. se encuentra disponible una lista completa de las Fuentes de Información actuales. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de Información en cualquier momento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llamando al 718-708-6630.
- Quiénes pueden acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento.** Solamente estas personas pueden acceder a la información sobre usted: los médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de Name of Participant y que participan en su atención médica; los proveedores de atención médica que están de guardia o reemplazando a los médicos de Name of Participant; y los miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, según se describe anteriormente en el primer párrafo. Además, Name of Participant puede poner su información a disposición de otros proveedores de atención médica que lo tratan, para ayudarles a asegurarse de que obtiene el tratamiento médico que necesita.
- Sanciones por el acceso o el uso indebido de su información.** Existen sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber consultado o tenido acceso a la información sobre usted lo ha hecho, llame a Bronx RHIO, Inc. al 718-708-6630, visite el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987 o siguiendo el proceso de reclamación de la oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
- Divulgación posterior de información.** Name of Participant puede divulgar posteriormente cualquier información médica electrónica sobre usted a otras personas sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel, por escrito. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para ciertos tipos de información médica confidencial, que incluyen el VIH/SIDA y los tratamientos contra las drogas y el alcohol. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de información médica confidencial. Bronx RHIO, Inc. y las personas que acceden a esta información a través de Bronx RHIO, Inc. deben cumplir con estos requisitos.
- Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que retire su consentimiento o hasta que tal tiempo el RHIO deje operación o hasta 50 años después de su muerte, el que es más tarde.
- Retiro de su consentimiento.** Puede cambiar de parecer en cualquier momento si completa y firma un nuevo Formulario de Consentimiento y lo entrega a Name of Participant. Puede obtener este formulario en el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o pedirselo a su proveedor. **Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de Bronx RHIO, Inc. mientras su consentimiento esté en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque más adelante decida retirar su consentimiento, ellas no están obligadas a devolver o quitar su información de sus registros.**
- Copia del formulario.** Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.
- Salud Pública y organización de acceso para la obtención de órganos.** Ya sean Federales, estatales o locales, las agencias de salud pública y ciertas organizaciones para la obtención de órganos, están autorizadas, por ley al acceso de información sanitaria sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de salud pública y de transplante de órganos. Puede que estas entidades accedan a su información a través de Bronx RHIO, Inc para estos propósitos sin tener en cuenta tanto si usted da o como si no da su consentimiento o si no completa un formulario de consentimiento.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO  
BRONX RHIO, INC

En este Formulario de Consentimiento, usted puede optar por autorizar a Name of Participant obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc., la cual forma parte de una red informática de todo el estado. Esto puede ayudar a reunir los registros médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención médica y permitir que estén disponibles de forma electrónica para nuestra oficina.

Puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a Name of Participant a consultar y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta forma. Puede dar o no dar su consentimiento, y este formulario se puede completar ahora o más adelante. Su decisión no afectará su capacidad para recibir asistencia médica o cobertura de su seguro de salud. Su decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá utilizarse como fundamento para negar los servicios de atención de la salud.

Si marca el casillero “DOY MI CONSENTIMIENTO” más abajo, usted estará diciendo: “Sí, el personal de Name of Participant que participa en mi atención puede consultar y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc.”.

Si marca el casillero “NO DOY MI CONSENTIMIENTO” más abajo, usted estará diciendo: “No, Name of Participant no tiene autorización para acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin”.

Bronx RHIO, Inc. es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y participa en la Red Estatal de Información Sanitaria de Nueva York (SHIN-NY). Para obtener más información, consulte <https://nyhealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny/>.

Lea detenidamente la información que se encuentra al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO a Name of Participant para que acceda a TODA mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. en lo que respecta a proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Name of Participant acceda a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin, incluso en una emergencia médica.

Si usted no indica lo contrario, la ley del Estado de Nueva York autoriza a las personas que lo atiendan en una emergencia a obtener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.

Si NO quiere dar su consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y a los planes de salud que participan en Bronx RHIO, Inc para que accedan a su información sanitaria electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. puede retirar su consentimiento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc en [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o también llamando a Bronx RHIO, Inc en el teléfono 718-708-6630

Entiendo que, a mi solicitud, Bronx RHIO, Inc debe proporcionarme una lista de individuos y organizaciones que han recibido mi información de salud electrónica bajo los términos de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, en letra de imprenta  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal  
con el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información del paciente en Bronx RHIO, Inc. y el proceso de consentimiento:

1. Cómo se utilizará su información. Su información de salud electrónica se utilizará sólo para los siguientes servicios de salud:
  - Servicios de Tratamiento. Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados, incluyendo hacer que su información esté disponible para otros proveedores de atención médica que lo tratan, para ayudarles a asegurarse de que obtiene el tratamiento médico que necesita.
  - Verificación de Elegibilidad de Seguros. Compruebe si tiene seguro de salud y qué cubre.
  - Actividades de gestión de cuidados. Estos incluyen ayudarle a obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención de salud que le sean proporcionados o apoyarle en el seguimiento de un plan de atención médica.
  - Actividades de mejora de la calidad. Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a usted ya todos los pacientes.

NOTA: La decisión que tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a su información para decidir si le dan un seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en otro Formulario de Consentimiento aparte que deben usar las aseguradoras de salud.

2. Qué tipo de información sobre usted se incluye. Si da su consentimiento, Name of Participant podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial médico sobre las enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura de hueso), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas de salud confidenciales, incluidos, entre otros:
  - Problemas de consumo de alcohol o drogas
  - VIH/SIDA
  - Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
  - Problemas de salud mental
  - Exámenes o enfermedades genéticas (heredadas)
  - Enfermedades de transmisión sexual

Si usted ha recibido atención de abuso de alcohol o drogas, su registro puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de abuso de sustancias, historial de trauma, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyo social, Y historial de reclamaciones de seguro de salud.

3. De dónde se obtiene la información médica sobre usted. La información sobre usted se obtiene de los lugares que le han proporcionado atención médica o seguro de salud (“Fuentes de Información”). Pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de ehealth que intercambian información médica electrónicamente. En Bronx RHIO, Inc. se encuentra disponible una lista completa de las Fuentes de Información actuales. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de Información en cualquier momento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llamando al 718-708-6630.
4. Quiénes pueden acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento. Solamente estas personas pueden acceder a la información sobre usted: los médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de Name of Participant que participan en su atención médica; los proveedores de atención médica que están de guardia o reemplazando a los médicos de Name of Participant; y los miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, según se describe anteriormente en el primer párrafo. Además, Name of Participant puede poner su información a disposición de otros proveedores de atención médica que lo tratan, para ayudarles a asegurarse de que obtiene el tratamiento médico que necesita.
5. Sanciones por el acceso o el uso indebido de su información. Existen sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber consultado o tenido acceso a la información sobre usted lo ha hecho, llame a Bronx RHIO, Inc. al 718-708-6630, visite el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987 o siguiendo el proceso de reclamación de la oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
6. Divulgación posterior de información. Name of Participant puede divulgar posteriormente cualquier información médica electrónica sobre usted a otras personas sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel, por escrito. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para ciertos tipos de información médica confidencial, que incluyen el VIH/SIDA y los tratamientos contra las drogas y el alcohol. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de información médica confidencial. Bronx RHIO, Inc. y las personas que acceden a esta información a través de Bronx RHIO, Inc. deben cumplir con estos requisitos.
7. Período de vigencia. Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que retire su consentimiento o hasta que tal tiempo el RHIO deje operación o hasta 50 años después de su muerte, el que es más tarde.
8. Retiro de su consentimiento. Puede cambiar de parecer en cualquier momento si completa y firma un nuevo Formulario de Consentimiento y lo entrega a Name of Participant. Puede obtener este formulario en el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o pedirselo a su proveedor. Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de Bronx RHIO, Inc. mientras su consentimiento esté en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque más adelante decida retirar su consentimiento, ellas no están obligadas a devolver o quitar su información de sus registros.
9. Copia del formulario. Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.
10. Salud Pública y organización de acceso para la obtención de órganos. Ya sean Federales, estatales o locales, las agencias de salud pública y ciertas organizaciones para la obtención de órganos, están autorizadas, por ley al acceso de información sanitaria sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de salud pública y de trasplante de órganos. Puede que estas entidades accedan a su información a través de Bronx RHIO, Inc para estos propósitos sin tener en cuenta tanto si usted da o como si no da su consentimiento o si no completa un formulario de consentimiento.