

**DENEGACIÓN DE ACCESO PARA EL PLAN DE SALUD
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO
BRONX RHIO, INC**

En este Formulario de Consentimiento, puede elegir denegarle a su plan de salud el acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc, que es parte de una red informática de todo el estado.

Su elección no afectará su facultad para obtener atención médica o cobertura de seguro de salud. Su elección de denegar el consentimiento a su plan de salud no puede utilizarse como argumento para denegarle servicios de salud.

Si usted elige la opción “**DENIEGO MI CONSENTIMIENTO**” más abajo, está diciendo “No autorizo a mi plan de salud, que se especifica a continuación, a acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc para ningún fin”. El proveedor que reciba el formulario le comunicará inmediatamente esta elección a Bronx RHIO y a su plan de salud, o, si descarga el formulario del sitio web, usted deberá enviarlo a su plan de salud y/o a Bronx RHIO.

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/>.

- DENIEGO MI CONSENTIMIENTO para que mi plan de salud, especificado a continuación, acceda a mi información de salud electrónica a través de Bronx RHIO, Inc para cualquier fin, incluso en una emergencia médica.**

Mi plan de salud es: _____

Mi ID de afiliado al plan de salud mencionado anteriormente es: _____

Este formulario de consentimiento deniega el acceso solo para el plan de salud identificado en este formulario. Si usted cambia de plan de salud y desea denegar el acceso también para su nuevo plan de salud, deberá firmar un nuevo formulario de consentimiento de Denegación de acceso para el plan de salud.

Tenga en cuenta que si en el futuro usted firma un formulario de consentimiento mediante el cual *permite* el acceso de su plan de salud, este formulario perderá su validez.

Nombre del paciente en imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)

Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

Si hay algún problema para confirmar mi inscripción al plan de salud o para completar mi solicitud de denegación de acceso, autorizo a Bronx RHIO a contactarse conmigo para proporcionar información detallada:

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

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

- 1. Cómo se usará su información.** Su información de salud electrónica será usada por su plan de salud solamente para:
 - Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados
 - Verificar si usted tiene seguro de salud y qué cubre dicho seguro de salud
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes.
- NOTA: La elección que usted hace en este Formulario de Consentimiento NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a su información para el fin de decidir si proporcionarle cobertura de salud o pagar sus facturas.**
- 2. Qué tipos de información sobre usted están incluidas.** Si usted da su consentimiento, su plan de salud podrá acceder a TODA su información de salud electrónica disponible a través de RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros de salud pueden incluir sus antecedentes de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas de huesos), resultados de estudios (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud confidencial, por ejemplo:
 - Problemas de consumo de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
 - Enfermedades de transmisión sexual
- 3. De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de personas o establecimientos que le han proporcionado atención médica o cobertura de salud ("Fuentes de Información"). Dichas Fuentes de Información pueden ser, entre otras, hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa de Medicaid y otras organizaciones de salud electrónica (ehealth) que intercambian información de salud electrónicamente. Puede obtener una lista completa de Fuentes de Información vigentes a través de Bronx RHIO. Para recibir una lista actualizada de Fuentes de Información consulte en cualquier momento el sitio web de Bronx RHIO, Inc, www.bronxrhio.org, o llame al 718-708-6630.
- 4. Quién puede acceder a la información sobre usted, si usted da su consentimiento.** Solo estas personas pueden acceder a la información sobre usted: médicos y otros proveedores de atención médica que atienden dentro de su plan de salud y están involucrados en su atención médica; proveedores de atención médica que están de guardia o cubriendo por los médicos de su plan de salud; y miembros de personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento según se describe anteriormente en el párrafo uno.
- 5. Acceso de organizaciones de salud pública y obtención de órganos.** Dado que las agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de obtención de órganos están autorizadas por ley a acceder a información de salud sin el consentimiento de los pacientes para ciertos fines de salud pública y trasplante de órganos, estas entidades podrán acceder a su información a través de Bronx RHIO para dichos fines independientemente de que usted otorgue su consentimiento, deniegue su consentimiento o no complete ningún formulario de consentimiento.
- 6. Sanciones por acceso indebido a su información o uso indebido.** Existen sanciones aplicables a los accesos no autorizados a su información de salud electrónica o al uso indebido de dicha información. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto su información o no debería haber accedido a su información lo ha hecho, llame a Bronx RHIO, Inc. al: 718-708-6630; visite el sitio web de Bronx RHIO, Inc: [ww.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org); o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 877-690-2211.
- 7. Redivulgación de la información.** Cualquier información de salud electrónica sobre usted podrá ser redivulgada por su plan de salud a terceros solo en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también es aplicable a la información de salud sobre usted existente en formato impreso. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para ciertos tipos de información de salud confidencial, como datos sobre VIH/SIDA y tratamiento por consumo de drogas y alcohol. Esos requisitos especiales se deben respetar siempre al recibir estos tipos de información de salud confidencial. Bronx RHIO, Inc y las personas que acceden a esta información a través de Bronx RHIO, Inc deben cumplir con dichos requisitos.
- 8. Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento se mantendrá en vigencia hasta la fecha en que usted retire su consentimiento o hasta la fecha en que RHIO deje de operar o hasta que transcurran 50 años desde la fecha de su fallecimiento, lo que ocurra más tarde.
- 9. Retiro del consentimiento.** Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento completando y firmando un nuevo Formulario de Consentimiento y entregárselo a su plan de salud. Usted puede obtener un modelo de este formulario en el sitio web de Bronx RHIO, Inc, www.bronxrhio.org, o a través de su proveedor. **Nota: Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Bronx RHIO, Inc mientras su consentimiento se encuentre en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso aunque usted decida retirar su consentimiento en el futuro, estas organizaciones no estarán obligadas a retirar la información o eliminarla de sus registros.**
- 10. Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento después de firmarlo.