



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

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

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 la Organización que se identifica más arriba acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada HealthConnections. 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. HealthConnections 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 Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de HealthConnections en www.HealthConnections.org.

Se podrá acceder a mi información en casos de emergencia a menos que llene este formulario y marque la casilla 3, la cual establece que no doy mi consentimiento, aun en situaciones de emergencia.

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.

<p>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.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización que se identifica más arriba acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización que se identifica más arriba acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections, aun en situaciones de emergencia médica.</p>

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en HealthConnections a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections, podré hacerlo a través del sitio en Internet de HealthConnections, www.HealthConnections.org, o llamando a HealthConnections al 315-671-2241 x5.

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)