



| | | |
|--------------------------------|---------------------|---|
| Nombre del paciente/miembro | Fecha de nacimiento | Número de identificación del paciente/miembro |
| Dirección del paciente/miembro | | |

Solicito que se obtenga acceso a la información médica con respecto a mi atención y tratamiento, según se establece en este formulario. Puedo decidir si permito o no que los proveedores de servicios de atención médica y los planes de seguro de atención médica de VNS Health obtengan acceso a mis expedientes médicos a través de las organizaciones de intercambio de información médica llamadas Bronx RHIO y Healthix. En este formulario, a los proveedores de servicios de atención médica llamados VNS Health Home Care, VNS Health Hospice Care, VNS Health Personal Care, Medical Care at Home, P.C. y VNSNY Care Management IPA, así como a los planes de atención médica de VNS Health, se los denomina colectivamente "VNS Health". Si doy mi consentimiento, se puede tener acceso a mis expedientes médicos de los diferentes lugares en los que reciba atención médica a través de una red informática estatal. Bronx RHIO y Healthix son organizaciones sin fines de lucro que comparten información médica de las personas de manera electrónica, cumplen con los estándares de privacidad y seguridad de la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA) y de las leyes del estado de Nueva York y participan en la Red estatal de información de salud de Nueva York (SHIN-NY). Para obtener más información, visite sus páginas web:

- BronxRHIO.org
- Healthix.org

La elección que haga en este formulario NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que haga en este formulario NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a mi información con el propósito de decidir si me otorgan cobertura de seguro médico o pagan mis facturas médicas.

| |
|--|
| <p>Mi elección de consentimiento. Se marca UNA de las casillas a la izquierda de mi elección. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento y completar un nuevo formulario.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que VNS Health obtenga acceso a TODA mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO y Healthix para proporcionar atención médica.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 2. DENIEGO MI CONSENTIMIENTO para que VNS Health tenga acceso a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO y Healthix para cualquier propósito.</p> |

Si deseo denegar mi consentimiento para que todas las organizaciones de proveedores y los planes de salud que participan en Bronx RHIO o Healthix tengan acceso a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO o Healthix, puedo hacerlo a través de sus páginas web o llamarlos directamente:

- BronxRHIO.org (718) 708-6630
- Healthix.org (877) 695-4749

Respondieron a mis preguntas sobre este formulario y me proporcionaron una copia de este formulario.

| | |
|---|---|
| Firma del paciente/miembro o del representante legal del paciente/miembro | Fecha |
| Nombre en letra de molde del representante legal (si corresponde) | Relación del representante legal con el paciente/miembro (si corresponde) |

¶ Detalles sobre la información a la cual se obtiene acceso a través de Bronx RHIO y Healthix, y el proceso de consentimiento:

- 1. De qué manera se puede utilizar su información.** Su información médica electrónica se utilizará **solo** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Para proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad para el seguro.** Para verificar si tiene seguro médico y lo que este cubre.
 - **Actividades de administración de la atención.** Estas incluyen ayuda para obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le proporcionan, coordinar la prestación de varios servicios de atención médica que se le proporcionan o brindarle apoyo para seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se les proporciona a usted y a todos los pacientes.
- 2. Qué tipos de información sobre usted se incluyen.** Si da su consentimiento, las organizaciones de proveedores o los planes de salud mencionados pueden obtener acceso a TODA su información médica electrónica disponible a través de Bronx RHIO y Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha en que se firme este formulario. Sus expedientes médicos pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso fracturado), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede incluir afecciones de salud delicadas que incluyen, entre otras:

| | | |
|---|--|--|
| • Diagnóstico y problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas | • Enfermedades de transmisión sexual | • Información sobre empleo |
| • Control de natalidad y aborto (planificación familiar) | • Medicamentos y dosis | • Situación de vivienda |
| • Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias) | • Información de diagnóstico | • Apoyo social |
| • VIH/SIDA | • Alergias | • Expedientes de reclamos |
| • Afecciones de salud mental | • Resúmenes de antecedentes de consumo de sustancias | • Análisis de laboratorio |
| | • Notas clínicas | • Antecedentes de trauma |
| | • Resumen de alta | • Antecedentes de reclamos del seguro médico |
- 3. De dónde proviene su información médica.** Su información médica proviene de lugares que le han proporcionado atención médica o seguro médico. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica de manera electrónica. Se encuentra disponible una lista actual y completa de parte de Bronx RHIO y Healthix. Para obtener una lista actualizada en cualquier momento, puede consultar sus páginas web o llamarlos directamente.
 - BronxRHIO.org (718) 708-6630
 - Healthix.org (877) 695-4749
- 4. Quién puede obtener acceso a su información médica, si da su consentimiento.** Solo médicos y participantes del personal de las organizaciones a las que usted les haya dado su consentimiento para tener acceso y que llevan a cabo actividades que se permiten por medio de este formulario, según se describe anteriormente en el primer párrafo.
- 5. Acceso por parte de organizaciones de obtención de órganos y de salud pública.** Las agencias de salud pública locales, estatales o federales y determinadas organizaciones de obtención de órganos están autorizadas por ley a tener acceso a información médica sin el consentimiento de un paciente para determinados fines de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden tener acceso a su información a través de Bronx RHIO y Healthix para estos fines independientemente de si usted da su consentimiento, deniega su consentimiento o no completa un formulario de consentimiento.
- 6. Multas por el acceso o el uso inadecuado de su información.** Existen multas por el acceso o el uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto u obtenido acceso a información sobre su salud lo ha hecho, llame a Visiting Nurse Service of New York al (212) 290-4773 o visite las páginas web de Bronx RHIO o Healthix indicadas anteriormente; o llame al Departamento de Salud del estado de Nueva York al (518) 474-5423; o siga el proceso de quejas de la Oficina federal de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
- 7. Nueva divulgación de la información.** Cualquier organización a la que le haya dado su consentimiento para tener acceso a su información médica puede volver a divulgar su información médica, pero solo en la medida en que lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales. Solamente se puede volver a divulgar y tener acceso a información relacionada con el tratamiento de alcohol/drogas o información confidencial relacionada con el VIH si va acompañada de las declaraciones requeridas relacionadas con la prohibición de hacer una nueva divulgación.
- 8. Período de vigencia.** Este Formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted cambie su elección de consentimiento o hasta que Bronx RHIO o Healthix dejen de funcionar (**o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra primero**). Si Bronx RHIO o Healthix se fusionan con otra entidad calificada, sus elecciones de consentimiento permanecerán vigentes con la nueva entidad fusionada.
- 9. Cambios en su elección de consentimiento.** Puede cambiar su elección de consentimiento en cualquier momento para cualquier organización de proveedores o plan médico y enviar un nuevo Formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que tienen acceso a su información médica a través de Bronx RHIO o Healthix mientras su consentimiento está vigente pueden copiar o incluir su información en sus propios expedientes médicos. Incluso si usted decide cambiar su decisión de consentimiento más adelante, estas no están obligadas a devolver su información ni a eliminarla de sus expedientes.
- 10. Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de consentimiento.