



Formulario de Consentimiento para el paciente para intercambiar Información Médica Individual

HAGA EL FAVOR DE LEER AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario usted le otorga a Especialistas y Grupo Médico de Cuidado Primario permiso para compartir toda la información no restringida médica electrónica del paciente con el personal de afuera que proporciona tratamiento médico al paciente.

Compartir su propia información de salud electrónica en un intercambio de información de salud es su elección. Los proveedores de atención médica le proporcionará la atención médica incluso si decide no compartir su propia información de salud electrónica en el intercambio de información de salud. Su elegibilidad de seguro no va a cambiar en función de su decisión de compartir su propia información de salud electrónica en el intercambio de información de salud.

Propósito

Compartir su propia información de salud electrónica le permitirá a su proveedor de atención médica para revisar la totalidad de su historial médico y los tratamientos. Esto ayudará a su proveedor de atención de la salud a tomar decisiones mejor informadas acerca de su atención médica.

Algunos de los beneficios de compartir información individual de salud electrónica pueden ser:

- Mejora de la comunicación entre los proveedores de atención médica , y
- Menos exámenes y tratamientos innecesarios.

Algunos riesgos de compartir su propia información de salud electrónica pueden ser:

- Alguien puede ver su información de salud individual que no le está proporcionando el tratamiento médico o el apoyo a proyectos de salud pública , y
- Alguien puede robar su información de salud mediante la introducción del intercambio de información de salud de manera

TIPOS DE INFORMACIÓN INCLUIDOS EN ESTE CONSENTIMIENTO

Si usted da su consentimiento , cualquier organización HIE participante puede ver y compartir toda su información de salud electrónica disponible a través de cualquier intercambio de información de salud conectada. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de su autorización. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como la diabetes o un hueso roto), resultados de las pruebas (como radiografías o análisis de sangre), y medicamentos que ha tomado. Esta información puede referirse a las condiciones de salud sensibles , incluyendo, pero no limitado a:

- registros de abuso de alcohol o de sustancias
- Control de la natalidad , el aborto y la planificación familiar
- Heredado o condiciones genéticas
- HIV
- Condiciones de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Los resultados de laboratorio

Formulario de Consentimiento para el paciente para intercambiar información Médica Individual

Mi selección para dar consentimiento (MARQUE UNO):

- DOY MI CONSENTIMIENTO PARA** sitios de salud participantes a compartir mi sin restricciones información de salud electrónica a través de la organización(s) información de salud que proporcionarme cualquier servicio de atención de salud , incluida la atención de emergencia.
- ME REHUSO A DAR CONSENTIMIENTO PARA** sitios de salud participantes a compartir cualquiera de mi sin restricciones la información de salud electrónica a través de la información de salud organización (s) excepto en el caso de una emergencia médica.
- ME REHUSO A DAR CONSENTIMIENTO PARA** sitios de salud participantes a compartir cualquiera de mi información de salud electrónica a través de organización de la información de salud (s), incluso en el caso de una emergencia médica.

Firma del Paciente o del Representante Autorizado:

Si yo firmo este formulario como el Representante Autorizado del Paciente, entiendo que todas las referencias en este formulario de “yo” o “mio” se refieren al paciente.

Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Si es firmado por otra persona que no sea el paciente, anote el nombre impreso y el parentesco:

Nombre impreso del Representante Autorizado

Parentesco

Fecha

Domicilio del Representante Autorizado que firma este formulario (en letra impresa):

Calle / PO Box

Ciudad

Estado

Codigo postal

Número telefónico del Representante Autorizado que firma este formulario: _____ - _____ - _____

Firma del testigo:

Se necesitará un testigo UNICAMENTE si el consentimiento es otorgado por teléfono, o físicamente no puede firmarse o la firma es con una marca. El consentimiento por teléfono está sujeto a verificación de identidad.

Testigo

Parentesco

Fecha