



Formulario de consentimiento para acceder a datos electrónicos de Hixny Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center

En este formulario de consentimiento, usted puede elegir si autoriza a Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center a obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática administrada por Healthcare Information Xchange of New York (Hixny), que pertenece a una red informática estatal. Esto puede ayudar a recopilar los registros médicos que tenga en diferentes lugares en los que recibe atención médica, y hacer que estén disponibles electrónicamente para nuestra oficina.

Puede usar este formulario de consentimiento para decidir si desea autorizar o no a Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center para que vea y obtenga acceso a sus registros médicos electrónicos de este modo. Puede otorgar su consentimiento o negarse a otorgarlo, y puede completar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica ni cobertura de un seguro médico. Su elección de otorgar o negarse a otorgar su consentimiento no puede utilizarse como fundamento para negarle servicios médicos.**

Si marca la casilla **"OTORGO MI CONSENTIMIENTO"** a continuación, está diciendo "Sí, el personal de Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center que participa en mi atención puede ver y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Hixny".

Si marca la casilla **"ME NIEGO A OTORGAR MI CONSENTIMIENTO"** a continuación, está diciendo "No, Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center no puede obtener acceso a mis registros médicos a través de Hixny con ningún propósito".

Hixny es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas en forma electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios de atención médica.

Lea atentamente la información de ambas páginas de este formulario antes de tomar una decisión.

Tiene dos opciones:

- OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center tenga acceso a TODOS** mis registros médicos a través de Hixny con el objetivo brindarme cualquier servicio de atención médica, incluso atención de emergencia. Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento o hasta que Hixny cese sus operaciones.

- ME NIEGO A OTORGAR MI CONSENTIMIENTO para que Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center tenga acceso** a mis registros médicos a través de Hixny con cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica*. A menos que marque esta casilla, la ley del estado de Nueva York permite a los proveedores médicos que lo traten durante una emergencia obtener acceso a sus registros médicos, incluso los registros que están disponibles a través de Hixny.

Nombre del paciente, en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Fecha

Firma del paciente o del representante legal del paciente

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 Hixny y del proceso de consentimiento:

Cómo se usará su información

Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center usará su información médica electrónica solo para lo siguiente:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro médico y qué cubre.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica.

NOTA: La decisión que tome en este formulario de consentimiento NO autoriza a las compañías de seguros médicos a tener acceso a su información con el propósito de decidir acerca de proporcionarle seguro médico o pagar sus facturas. Puede tomar esa decisión en un formulario de consentimiento por separado que las compañías de seguros médicos deben usar.

Qué tipo de información sobre usted se incluye

Si otorga su consentimiento, Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de Hixny. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este formulario de consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido, como diabetes o una fractura ósea; resultados de pruebas, como radiografías o análisis de sangre; y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede relacionarse con afecciones médicas delicadas, por ejemplo, las siguientes:

- Problemas de abuso de alcohol o drogas*
- Anticonceptivos y abortos (planificación familiar)
- Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas
- VIH/SIDA
- Afecciones de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual

***Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su registro puede incluir información relacionada con su diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, como medicamentos y dosis, resultados de análisis de laboratorio, alergias, antecedentes de consumo de sustancias, antecedentes de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, condiciones de vida y apoyo social, y antecedentes de reclamos de seguros médicos.**

De dónde proviene la información médica sobre usted

La información sobre usted proviene de sitios que le han brindado atención médica o seguro médico ("fuentes de información"). Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros médicos, el programa Medicaid y otras organizaciones de salud electrónicas que intercambian información médica por medios electrónicos. Es posible ver una lista completa de las fuentes de información actuales en Hixny. Puede obtener una lista actualizada de las fuentes de información en cualquier momento en el sitio web de Hixny: www.hixny.org.

Quiénes pueden tener acceso a la información sobre usted si otorga su consentimiento

Solo las siguientes personas pueden tener acceso a información sobre usted: médicos y otros proveedores de atención médica que sean parte del personal médico de Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center que participa en su atención médica; proveedores de atención médica que reemplacen a médicos de Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center o que estén de guardia; y miembros del personal que realicen actividades autorizadas por este formulario de consentimiento, según lo descrito anteriormente en el párrafo uno.

Sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información

Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información médica electrónica. Si, en algún momento, sospecha que alguien que no debiera haber visto la información sobre usted ni haber tenido acceso a ella, la ha visto o ha tenido acceso, llame a Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center al 914-493-2600; llame a Hixny al (518) 640-0021; o llame al Departamento de Salud del estado de Nueva York al 518-474-4987.

Nueva divulgación de la información

Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center puede volver a divulgar toda información médica electrónica sobre usted a otros solo en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información médica sensible, incluso el VIH/SIDA y tratamientos por drogadicción y alcoholismo. Se deben seguir estos requisitos especiales cuando las personas reciben este tipo de información médica delicada. Hixny y las personas que tienen acceso a esta información a través de Hixny deben cumplir con estos requisitos.

Período de vigencia

Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento o hasta que Hixny cese sus operaciones.

Retiro de su consentimiento

Para retirar su consentimiento en cualquier momento, debe firmar un retiro del formulario de consentimiento y entregarlo a Westchester Medical Center, Advanced Physician Services, P.C. and MidHudson Regional Medical Center. También puede cambiar sus opciones de consentimiento firmando un nuevo formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en cualquier proveedor de Hixny, en el sitio web de Hixny, www.hixny.org, o llamando al (518) 640-0021.

NOTA: Las organizaciones que acceden a su información médica a través de Hixny mientras su consentimiento esté vigente pueden copiar su información o incluirla en sus propios registros médicos. Aunque decida retirar su consentimiento más adelante, no tienen la obligación de devolverla o eliminarla de sus registros.

Copia del formulario

Tiene derecho a obtener una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.