**Autorización para el acceso a la información del paciente**

Departamento de Estado de Nueva York de Salud **a través de un intercambio de información de salud Organización**

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

# Solicito que se acceda a la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento como se establece en este formulario. Puedo elegir si permitir o no que **Brooklyn Plaza Medical Center, Inc.** obtener acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud llamada Healthix. Si doy mi consentimiento, se puede acceder a mis registros médicos de diferentes lugares donde recibo atención médica mediante una red informática estatal. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de forma electrónica y cumple con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y las leyes del estado de Nueva York. Para obtener más información, visite el sitio web de Healthix en [www.healthix.org.](http://www.healthix.org/)

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

|  |
| --- |
| **Mi elección de consentimiento** . UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección.Puedo completar este formulario ahora o en el futuro.También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario. |
| * **1. DOY CONSENTIMIENTO** para **Centro médico Brooklyn Plaza, Inc.** para acceder a TODA mi información de salud electrónica a través de Healthix para brindar cuidado.
 |
| * **2. I DENEGAR CONSENTIR** para **el Centro Médico Brooklyn Plaza, Inc.** a acceso mi electrónico salud información a través de Healthix para cualquier objetivo.
 |

# Si quiero denegar el consentimiento para que todas las organizaciones de proveedores y planes de salud que participan en Healthix accedan a mi información de salud electrónica a través de Healthix, puedo hacerlo visitando el sitio web de Healthix en www.healthix.org o llamando a Healthix al [877-695-4749](http://www.healthix.org/) .

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y se me ha proporcionado una copia de este formulario.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente | Fecha |
| Escriba el nombre del representante legal (si corresponde) | Relación del representante legal con el paciente (si corresponde) |

**Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:**

1. **Cómo tu Información Mayo ser Usado** \_ Su electrónico salud información voluntad ser usado **solo** para el siguiente servicios de atención médica:
	* **Tratamiento Servicios.** Proporcionar tú con médico tratamiento y relacionado servicios.
	* **Seguro Elegibilidad Verificación.** Controlar si tú tener salud seguro y qué él cubre
	* **Actividades de gestión de la atención.** Estos incluyen ayudarlo a obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de múltiples servicios de atención médica que se le brindan o apoyar tú en siguiente a plan de médico cuidado.
	* **Calidad Mejora Actividades.** Evaluar y mejorar el calidad de médico cuidado proporcionó a tú y todo pacientes
2. **Qué tipos de información sobre usted están incluidos** . Si da su consentimiento, la (s) organización(es) proveedor(es) enumerada(s) puede(n) acceder TODO de su electrónico salud información disponible a través de Saludix. Este incluye información creado antes y después de la fecha en que se firma este formulario. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta informacion mayo incluir sensible salud condiciones, incluido pero no limitado a:
	* Problemas de consumo de alcohol o drogas y diagnósticos
	* control de la natalidad y aborto (familia planificación)
	* Genético enfermedades (hereditarias) o pruebas
	* VIH/SIDA
	* Salud mental condiciones
	* Enfermedades de transmisión sexual
	* Medicamentos y Dosis
	* Diagnóstico Información
	* alergias
	* Resúmenes de historial de uso de sustancias
	* Clínico notas
	* Descargar resumen
	* Empleo Información
	* Viviendo Situación
	* Social Soporta
	* Encuentro de Reclamos Datos
	* Laboratorio Prueba
3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted** . La información sobre usted proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro de salud. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud electrónicamente. Una completa, actual lista es disponible de Saludix. Tú poder obtener un actualizado lista en cualquier tiempo por de saludix sitio web en [www.healthix.org](http://www.healthix.org/) o llamando 877-695-4749.
4. **Quién puede acceder a información sobre usted, si da su consentimiento.** Solo médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) tú tener dado consentir a acceso OMS llevar afuera actividades permitido por este forma como descrito arriba en el párrafo uno.
5. **Acceso a las Organizaciones de Salud Pública y Obtención de Órganos** . Agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertos órganos obtención organizaciones son autorizado por ley a acceso salud información sin a del paciente consentir para ciertos propósitos de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden acceder a su información a través de Healthix para estos fines. sin respecto a si tú dar consentir, denegar consentir o hacer no llenar afuera a consentir forma.
6. **Sanciones para Incorrecto Acceso a o Usar de Su Información.** Allá son sanciones para inadecuado acceso a o usar de su información de salud electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información lo ha hecho, llame a **Brooklyn Plaza Medical Center, Inc.** ; o visitar de saludix sitio web: www.saludix.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o seguir el proceso de denuncia de la Oficina federal para Civil Derechos en el siguiente enlace: [*http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ .*](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
7. **Re-divulgación de Información.** Cualquier organización a la que haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud puede volver a divulgar su información de salud, pero solo en la medida permitida por las leyes y regulaciones estatales y federales. alcohol/drogas relacionado con el tratamiento información o confidencial relacionado con el VIH información mayo solo ser accedido y mayo solo ser re-divulgado si acompañado por el requerido declaraciones acerca de prohibición de re-divulgación.
8. **Período Efectivo** . Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cambie su opción de consentimiento, muerte o hasta que tal tiempo como saludix cesa operación. Si saludix fusiona con otro Calificado Entidad su consentir opciones voluntad seguir siendo efectivo con el recién fusionado entidad.
9. **Cambiando Su Consentir elección** \_ Tú poder cambiar su consentir elección en cualquier tiempo y para cualquier Proveedor Organización o Plan de Salud presentando un nuevo Formulario de Consentimiento con su nueva elección. Organizaciones que acceden a su información de salud a través de saludix mientras su consentir es en efecto mayo Copiar o incluir su información en su propio médico registros. Incluso si luego decide cambiar su decisión de consentimiento, no están obligados a devolver su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copiar de formulario** \_ Tú son con derecho a conseguir a Copiar de este Consentir formulario **\_**