

Sirviendo Comunidades Organización de Información de Salud



Consentimiento del Paciente

Sirviendo Comunidades Organización de Información de Salud (SCHIO) es un sistema de información comunitario que ayuda a proveedores de salud a compartir archivos médicos de forma segura. SCHIO permite a profesionales de la salud autorizados y al equipo de apoyo que le atiende para acceder rápidamente a la información que necesitan y así proveerle de un mejor cuidado a su salud.

El compartir los Archivos Médicos Electrónicos tiene muchos beneficios para usted, los médicos y otros proveedores de salud. El monitoreo y manejo de sus Archivos Médicos Electrónicos es mucho más fácil. En el caso de una emergencia o desastre, sus archivos médicos pueden ser recobrados por personal profesional autorizado y asegurarse de proveerle el mejor cuidado médico posible y plan de tratamiento.

Al permitir participar en SCHIO, entiendo lo siguiente:

Doy mi consentimiento a SCHIO para que comparta mi información personal de salud con los proveedores de cuidado a la salud participantes entre los que se encuentran médicos, clínicas, hospitales, otros proveedores con licencia y seguros médicos. Al firmar esta forma como Representante Legal del/a Paciente, estoy consciente que todas las referencias en ella que dicen "mi" o "yo" se refieren al o la paciente.

La información sobre mi salud será compartida SÓLO con el propósito de dar tratamiento médico por parte del proveedor o proveedores de cuidado a la salud.

La información en mis Archivos Médicos incluye y no se limita a archivos de salas de emergencia, archivos de hospitales, notas de enfermeros/as, resultados de laboratorio, reportes de patología, reportes de rayos X, imágenes y toda información personal de salud. La información sobre mi sólo puede ser compartida de acuerdo con lo permitido por la ley y normas establecidas. Otros tipos de información como salud mental o drogadicción no se puede compartir sin mi consentimiento adicional.

Esta Autorización permite el acceso a la información personal sobre salud generada antes y después de haber firmado la presente forma.

La decisión de participar en SCHIO es voluntaria y ningún proveedor de salud que participe en SCHIO negará tratamiento y mi elegibilidad de seguro médico no verá afectada si opto por no participar. La información sobre mi salud estará disponible de acuerdo con lo autorizado por la ley. Mi seguro/s de salud seguirá teniendo acceso a mis datos médicos para la administración de enfermedades, manejo de casos y para el mejoramiento de calidad de servicios.

Tengo derecho a cambiar mi consentimiento si lleno una forma y la envío a mi proveedor. Cualquier información que haya sido compartida antes de la anulación de mi consentimiento no puede cambiarse y no será removida. Entiendo que, en caso de Emergencia, los proveedores de cuidado participantes en SCHIO tendrán el derecho de consultar mis Archivos Médicos independientemente de mi decisión de participar en SCHIO. Mi proveedor o proveedores continuarán almacenando mi información sobre mi salud en sus archivos médicos electrónicos.

Entiendo que, independientemente de mi decisión de participar o no en SCHIO, las leyes estatales y federales de privacidad permiten que el Estado de California, particularmente el Departamento de Salud Pública, tenga acceso a mi información personal y de salud con el propósito de actividades de salud pública de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y prohíbe la venta de información de pacientes con el propósito de marketing comercial.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia de mis Archivos Médicos usados o revelados por SCHIO y como resultado de mi consentimiento a participar. Se puede encontrar en www.schio.org una lista de proveedores de cuidado médico y las organizaciones participantes en SCHIO.

He revisado la información anterior y por medio de la presente autorizo y doy consentimiento para que SCHIO revele y provea acceso a mis Archivos Médicos a mis proveedores de salud, seguros médicos y otros participantes de SCHIO. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y mi autorización permanecerá en efecto hasta que cambie de opinión o hasta que SCHIO deje de operar, lo que ocurra primero. También se me ha ofrecido una copia de los Notificaciones de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento del/a Paciente

Fecha de la Firma

Firma de Paciente o del Representante de Paciente

Parentesco con paciente (padre, tutor legal)

Proveedor participante donde se firmó la autorización: _____