

Consentimiento de Pacientes de HIE de Santa Cruz



El Intercambio de Información sobre Salud de Santa Cruz (HIE de Santa Cruz) es un sistema de información comunitario que ayuda a proveedores de cuidado a la salud a compartir archivos médicos. HIE de Santa Cruz 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 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 el Intercambio de Información sobre Salud de Santa Cruz, entiendo lo siguiente:

Doy mi consentimiento a HIE de Santa Cruz 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.

Entre la información en mis Archivos Médicos se encuentran y no se limitan 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 a lo permitido por la ley y normas establecidas. Otros tipos de información como salud mental o drogadicción podrían no poderse compartir sin una autorización adicional de mi parte.

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 HIE de Santa Cruz es voluntaria y ningún proveedor de cuidado a la salud que participe en HIE de Santa Cruz 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 a lo autorizado por la ley. Mi seguro o seguros de salud seguirán almacenando mis datos médicos para la administración de enfermedades, manejo de casos y para fines de mejoramiento de calidad de servicios.

Tengo derecho a cambiar de parecer si lleno la forma para tal caso y la envío a mi proveedor. Cualquier información que haya sido compartida antes de la revocación o anulación de mi consentimiento no puede cambiarse y no será removida. Entiendo que en caso de emergencia, los proveedores de cuidado participantes en HIE de Santa Cruz tendrán el derecho de consultar mis Archivos Médicos independientemente de mi decisión de participar o no en HIE de Santa Cruz. 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 HIE de Santa Cruz, las leyes de privacidad, ya sean estatales o federales, permiten al Estado de California, particularmente al Departamento de Salud Pública, tener acceso a mi información personal y de salud con el propósito de llevar a cabo sus actividades de salud pública de acuerdo con las leyes estatales y sus regulaciones. Estas mismas leyes también prohíben la venta de información sobre pacientes con fines comerciales y de mercadotecnia.

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

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

Nombre en Letra Impresa

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: _____