



## Autorización de acceso a información del paciente a través de organizaciones de intercambio de información de salud

3207 (Español) (Rev. 02/23) Página 1 de 3

|                                                |                     |                          |
|------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nombre del paciente                            | Fecha de nacimiento | Número de identificación |
| Otros nombres (por ejemplo, nombre de soltera) |                     |                          |

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que los empleados, agentes o miembros del personal médico de las Organizaciones Proveedoras de WMCHHealth \* acceda a mis registros médicos a través de las organizaciones de intercambio de información de salud denominadas HealthConnections y Hixny. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal, llamada la SHIN-NY, a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. HealthConnections y Hixny son organizaciones sin fines de lucro que comparten información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumplen con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite estos sitios en Internet:

[www.healthconnections.org](http://www.healthconnections.org)  
[www.hixny.org/](http://www.hixny.org/)  
<https://www.nyhealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny/>

La elección que haga en este formulario **NO** afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario **NO** autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mi opción de consentimiento.</b> He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección.<br>Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro.<br>También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>1. DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que WMCHHealth acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de la SHIN-NY para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA</b> para que WMCHHealth acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de la SHIN-NY.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>3. NO DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que WMCHHealth acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de la SHIN-NY, <b>aun en situaciones de emergencia médica</b> (excepto a pacientes menores de edad). A menos que marque esta casilla, la ley del estado de Nueva York permite que los proveedores médicos que lo atienden en una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, incluidos los registros que están disponibles a través de la SHIN-NY. |

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en la red informática estatal (SHIN-NY) a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de las siguientes organizaciones de intercambio de información de salud, podré hacerlo contactando a cada una de las organizaciones individualmente:

|                   |                                                                          |                  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| HealthConnections | <a href="http://www.healthconnections.org">www.healthconnections.org</a> | 315-671-2241 x 5 |
| Hixny             | <a href="http://www.hixny.org">www.hixny.org</a>                         | 518-640-0021     |

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

|                                                                        |                                                                      |                     |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Firma del paciente o representante legal del paciente                  | Fecha                                                                | Fecha de nacimiento |
| Nombre del paciente o representante legal en imprenta (si corresponde) | Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde) |                     |



## Autorización de acceso a información del paciente a través de organizaciones de intercambio de información de salud

3207 (Español) (Rev. 02/23) Página 2 de 3

### Detalles sobre la información a la que se accede a través de la SHIN-NY y el proceso de consentimiento:

- Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
  - ☐ **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - ☐ **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
  - ☐ **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
  - ☐ **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.

- Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, WMCHHealth podrá acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de la SHIN-NY. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

Problemas de abuso de alcohol o drogas  
Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)  
Enfermedades mentales

Control de natalidad y abortos (planificación familiar)  
VIH/SIDA  
Enfermedades de transmisión sexual

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su legajo puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosificaciones, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, así como historial de reclamaciones del seguro de salud.

- De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. Podrá contactar a HealthConnections y/o Hlxny para obtener una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en los sitios en Internet de HealthConnections y Hlxny o por llamándolos a los números que figuran en este formulario.
- Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de WMCHHealth que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno. En situaciones de emergencia a, los médicos y otros miembros del personal podrán usar la SHIN-NY para ver la información de salud de los pacientes menores de edad.
- Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de la SHIN-NY con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
- Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud: llame WMCHHealth al 914-493-2600; o visite los sitios en Internet de HealthConnections o Hlxny; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/oci/privacy/hipaa/complaints/>.
- Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
- Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que WMCHHealth, HealthConnections o Hlxny deje de funcionar (**o hasta pasados 50 años desde su fallecimiento, lo que ocurra primero**). En caso de que HealthConnections y/o Hlxny se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
- Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de la SHIN-NY mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.



## **Autorización de acceso a información del paciente a través de organizaciones de intercambio de información de salud**

3207 (Español) (Rev. 02/23) Página 3 de 3

\*Definición. Al firmar este formulario de consentimiento, permite que los proveedores, empleados, agentes y miembros del personal médico de cada una de las siguientes organizaciones proveedoras afiliadas a WMCHHealth accedan a sus registros médicos a través de la SHIN-NY. Más información sobre las ubicaciones de WMCHHealth está disponible en <https://www.wmchealth.org/contact-us>

- ☐ Westchester Medical Center que incluye:  
Maria Fareri Children's Hospital  
Behavioral Health Center
- ☐ MidHudson Regional Hospital
- ☐ Good Samaritan Hospital of Suffern, N.Y.
- ☐ St. Anthony Community Hospital, Warwick, New York
- ☐ Bon Secours Community Hospital
- ☐ St. Francis at the Knolls (Mt. Alverno Center)
- ☐ Villa Frances at the Knolls (Schervier Pavilion)
- ☐ HealthAlliance Hospital
- ☐ Margaretville Hospital
- ☐ Mountainside Residential Care Center
- ☐ Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C.
- ☐ Bon Secours Charity Health System Medical Group, P.C.
- ☐ North Road LHCSA

### **SÓLO PARA USO INTERNO**

- ☐ El paciente no es capaz de otorgar su consentimiento debido a su afección
- ☐ El paciente se negó a firmar

Nombre del miembro del personal del hospital

Fecha y hora