



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN RHIO BRONX RHIO, INC

En este Formulario de Autorización, usted puede decidir si elige a SOMOS y Coalition Partners (colectivamente, "SOMOS") para obtener acceso a su historial médico a través de una red computarizada operada por el Bronx RHIO, Inc, la cual forma parte de una red computarizada estatal. Esto servirá para recopilar los registros médicos que sobre usted existen en diferentes lugares en los que ha recibido atención médica y poner los mismos a disposición de manera electrónica para nuestras oficinas. Para revisar una lista completa de las instituciones de SOMOS Coalition Partners que abarca esta autorización, por favor consulte http://bronxrhio.org/images/somosbronxrhioparticipants_current.pdf.

Usted puede usar este Formulario de Autorización para decidir si autoriza o no a SOMOS para solicitar y obtener acceso a los registros electrónicos de su salud de esta manera. Usted puede dar autorización o negar la autorización, y puede completar este formulario ahora o más adelante. **Su decisión no le afectará su habilidad de obtener atención médica o seguro de salud. Su decisión de autorizar o negar la autorización no debería ser motivo para que se le nieguen servicios de salud.**

Si usted marca la casilla "YO AUTORIZO" abajo, está diciendo "Sí, SOMOS y su personal a cargo de mi cuidado podrá ver y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc."

Si usted marca la casilla "YO NO AUTORIZO" abajo, está diciendo "No, SOMOS no debería tener acceso a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc con ningún propósito".

Bronx RHIO, Inc es una organización sin fines de lucro. Comparte información electrónica y segura acerca de la salud de las personas con el propósito de mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Este servicio es conocido como *ehealth* o información tecnológica de la salud (salud IT). Para conocer más sobre *ehealth* en el estado de Nueva York, por favor lea el folleto, "Mejor información significa mejor cuidado". Este folleto se lo puede solicitar a su proveedor, o lo puede obtener en la página web www.ehealth4ny.org.

Por favor, lea atentamente la información en el reverso de este formulario antes de tomar una decisión.

WE CARE • NOS IMPORTAS • 關懷我們

519 EIGHTH AVENUE, 14TH FLOOR • NEW YORK, NY 10018 • SOMOSNYHEALTH.ORG • 1 833 SOMOSNY (1.833.766.6769)



Sus opciones de autorización. Puede completar este formulario ahora o después. Usted tiene dos opciones.

- YO AUTORIZO a SOMOS a acceder a TODA** la información electrónica sobre mi salud a través de Bronx RHIO, Inc que esté relacionada con la prestación de cualquier tipo de atención médica, incluyendo cuidado de emergencia.

- YO NO AUTORIZO a SOMOS a acceder a** información electrónica sobre mi salud a través de Bronx RHIO con ningún propósito, *incluso en una emergencia médica.*

Si usted no marca ninguna de las casillas, la ley del estado de Nueva York permitirá a quienes le estén atendiendo en una emergencia obtener acceso a sus registros médicos, incluyendo aquellos disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.

Si usted desea negar la autorización a acceder a la información electrónica sobre su salud a través de Bronx RHIO, Inc a todas las organizaciones de proveedores y planes de salud podrá hacerlo a través de la página web de Bronx RHIO, Inc en <https://www.bronxrhio.org> o llamando a Bronx RHIO, Inc al 718-708-6630.

Entiendo que, de solicitarlo, Bronx RHIO, Inc debe proveerme de una lista de individuos y organizaciones que han recibido información electrónica sobre mi salud bajo los términos establecidos en este formulario.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre del representante legal (si aplica)

Relación del representante legal con el paciente (si aplica)

WE CARE • NOS IMPORTAS • 關懷我們

519 EIGHTH AVENUE, 14TH FLOOR • NEW YORK, NY 10018 • SOMOSNYHEALTH.ORG • 1 833 SOMOSNY (1.833.766.6769)



Detalles acerca de la información del paciente en Bronx RHIO, Inc y el proceso de autorización:

1. **Cómo se utilizará su información.** Su información electrónica será utilizada **solo** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Proveerle tratamiento médico y servicios relacionados, incluyendo poner su información a disposición de otros proveedores de cuidado de salud que le traten, para que pueda garantizar que usted reciba el tratamiento médico que necesita.
 - **Verificación de elegibilidad de seguro.** Verificar que usted tiene seguro médico y que este le cubre los costos.
 - **Actividades de administración de cuidado.** Estas incluyen brindarle asistencia para que usted obtenga el mejor cuidado de salud, mejorar la calidad de los servicios de cuidado de salud que se le ofrecen, coordinar la provisión de múltiples servicios de atención médica que se le proveen y apoyarle a la hora de seguir un plan de cuidado médico.
 - **Actividades para mejorar la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención sanitaria que se le provee a usted y a todos los pacientes.

NOTA: La decisión que usted indique en este Formulario de Autorización **NO** permite a las compañías de seguro de salud acceder a su información con el propósito de ofrecerle seguro de salud o pagar sus facturas. Usted puede indicar esa decisión en un Formulario de Autorización aparte que deberán usar las aseguradoras de salud.

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si usted lo autoriza, SOMOS podrá acceder a TODA la información electrónica sobre usted a través de RHIO. Esto incluye información generada antes o después de la fecha de este Formulario de Autorización. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que usted ha tenido (como diabetes o fractura de un hueso), resultados de exámenes (como rayos X o exámenes de sangre), y listas de medicinas que usted ha tomado. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud sensibles, entre ellas:

Problemas de uso de alcohol y drogas

VIH/SIDA

Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar)

Enfermedades mentales

Enfermedades genéticas (hereditarias) o exámenes

Enfermedades de transmisión sexual

Si usted ha recibido cuidado por abuso de alcohol o drogas, su historial podría incluir información relacionada con el abuso de alcohol o drogas, medicaciones y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumas, altas médicas del

WE CARE • NOS IMPORTAS • 關懷我們

519 EIGHTH AVENUE, 14TH FLOOR • NEW YORK, NY 10018 • SOMOSNYHEALTH.ORG • 1 833 SOMOSNY (1.833.766.6769)



hospital, empleo, situación en la que vive y el apoyo social que recibe, así como historial de reclamaciones de seguro.

3. De dónde proviene esta información sobre su salud. Información sobre su salud proviene de lugares que le han prestado algún tipo de servicio de atención sanitaria o de seguro de salud ("Fuentes de información"). Estas fuentes pueden ser hospitales, consultas médicas, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa de Medicaid, y otras organizaciones *ehealth* que intercambian electrónicamente información sobre su salud. Una lista completa de las actuales Fuentes de información está disponible en Bronx RHIO, Inc. Usted puede obtener una lista de Fuentes de información en cualquier momento, visitando la página web de Bronx RHIO, Inc en www.bronxrhio.org o llamando al 718-708-6630.

4. Si usted autoriza, ¿quién puede acceder a su información? Solo las siguientes personas podrán tener acceso a la información sobre su salud: médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico del proveedor que está involucrado en su atención médica; proveedores de atención médica que están a cargo o sustituyendo a los médicos del proveedor; y miembros del personal que lleva a cabo actividades permitidas en este Formulario de autorización, tal y como se describen anteriormente en el párrafo 1. Además, SOMOS podría hacer que su información esté disponible para uso de otros proveedores médicos que le traten, de manera que se aseguren de que usted obtenga el tratamiento médico que necesite.

5. Penalidades por el uso o acceso impropio a sus registros médicos. Existen penalidades por el acceso o uso impropio de la información electrónica sobre su salud. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debería está viendo o ha obtenido acceso a su información, llame a Bronx RHIO, Inc. al: 718-708-6630; o visite la página web de Bronx RHIO, Inc: www.bronxrhio.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o emita una queja en la Oficina de Derechos Civiles, en este enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

6. Divulgación de su información por segunda vez. Cualquier información electrónica sobre su salud podría ser divulgada por SOMOS por segunda vez solo a aquellas instituciones permitidas por las leyes y regulaciones del estado y federales. Esto se aplica también a cualquier información sobre usted que se encuentra en papel, no electrónicamente. Algunas leyes estatales y federales proveen especial protección a información de salud de tipo sensible, tales como VIH/SIDA, y tratamientos por uso de alcohol y drogas. Se deben seguir unos requisitos especiales cada vez que alguien recibe este tipo de información sensible. Bronx RHIO, Inc y las personas que accedan a esta información a través de Bronx RHIO, Inc deberán cumplir con estos requisitos.

WE CARE • NOS IMPORTAS • 關懷我們

519 EIGHTH AVENUE, 14TH FLOOR • NEW YORK, NY 10018 • SOMOSNYHEALTH.ORG • 1 833 SOMOSNY (1.833.766.6769)



7. Periodo de efectividad. Este Formulario de Autorización permanecerá en efecto hasta el día en que usted retire su autorización o hasta que RHIO cese sus operaciones o hasta 50 años después de su fallecimiento, lo que sea más tarde.

8. Retirar su autorización. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento, por lo que podrá entonces completar y firmar un nuevo Formulario de Autorización y entregárselo a SOMOS. Puede obtener este formulario en la página web de Bronx RHIO, Inc en www.bronxrhio.org o a través de su proveedor. **Nota: Las organizaciones que accedan a la información sobre su salud a través de Bronx RHIO, Inc mientras su autorización está en efecto, deberán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si usted decide posteriormente retirar su autorización, estas instituciones no están obligadas a devolver su información o eliminarla de sus registros.**

9. Copia del formulario. Usted tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de Autorización una vez que lo haya firmado.

10. Acceso a la salud pública y organizaciones de obtención de órganos. Agencias de salud pública a nivel federal, estatal y local, así como ciertas organizaciones de obtención de órganos está autorizadas por la ley para acceder a su información de salud sin la autorización del paciente siempre y cuando se trate de asuntos de salud pública o de trasplante de órganos. Estas entidades pueden acceder a su información a través de Bronx RHIO, Inc para estos propósitos independientemente de que usted dé su autorización, la niegue o no complete un formulario de autorización.