



 **Camden Coalition**
HEALTH INFORMATION EXCHANGE

**CONSENTIMIENTO PARA QUE MI PROVEEDOR DE
SALUD TENGA
ACCESO A MI INFORMACION DE SALUD
EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD
DE CAMDEN**

Proveedor(es) de Cuidado de Salud: _____

Este formulario de Consentimiento le permite al proveedor(es) de cuidado médico nombrado anteriormente poder ver y tener acceso a su información de salud por un sistema informático llamado El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE").

El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE") colecciona la información de salud de los lugares donde usted recibe tratamiento médico y lo pone a disposición electrónicamente para que su proveedor nombrado anteriormente pueda tener acceso a su información de salud en El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE") y es utilizado por el Proveedor para su tratamiento médico y poder coordinar su cuidado de salud con otros proveedores de asistencia médica de mejor manera.

Si usted da su consentimiento, el Proveedor podrá ver toda su información de salud en El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE") para este episodio de atención médica, que se define como un período de seis (6) meses.

Usted puede dar o negar el Consentimiento. Su Proveedor no puede decirle que usted tiene que dar Consentimiento para poder recibir tratamiento médico. Usted tiene derecho a prohibir a su Proveedor de ver su información de salud por El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE") en cualquier momento.

Por favor lea la información en la parte de atrás de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento son (*ponga sus iniciales en solo uno*):

_____ **DOY CONSENTIMIENTO** para que el Proveedor nombrado anteriormente tenga acceso a TODA mi información de salud por El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE") con el propósito de proveerme con servicios de asistencia médica, incluso el cuidado de emergencia.

_____ **NIEGO CONSENTIMIENTO** para que el Proveedor nombrado anteriormente tenga acceso a mi información de salud por El Intercambio de Información de Salud de Camden ("Camden HIE") para cualquier propósito, aun sea una emergencia médica, al menos que la ley específicamente lo permita sin mi consentimiento.

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Fecha de Nacimiento del Paciente (mm/dd/yyyy)

Firma del Paciente

Fecha

El paciente es un menor no emancipado o es incapaz de completar esta forma de Consentimiento debido a una emergencia médica, inconsciente, incompetencia, etc.; por lo tanto, la susodicha decisión de consentimiento fue tomada de parte del paciente por:

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Fecha/Hora

POR FAVOR LEA estos detalles sobre El Intercambio de Información de Salud de Camden (“Camden HIE”) y su consentimiento:

1. **¿Cómo será utilizada su información de salud?:** Su información de salud será usada por el Proveedor de Salud para:
 - Le proveen de tratamiento médico y servicios relacionados
 - Coordinaran su asistencia médica con otros proveedores de asistencia médica
Mejoran la calidad de asistencia médica que usted recibe
2. **¿Qué tipos de información sobre usted será incluidos?** Su información de salud puede incluir una historia de enfermedades o heridas que usted ha tenido (como la diabetes o un hueso roto), resultados de estudios (como rayos X o prueba de análisis de sangre), y listas de medicamentos que usted ha tomado. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este formulario de Consentimiento. Las condiciones de salud sensibles también pueden ser incluidas, como:
 - Problemas de Alcohol y uso de drogas
 - Historial de aborto, uso de conceptivos para evitar embarazo y planificación de familia
 - Enfermedades genéticas (heredadas) o pruebas de análisis
 - VIH (Virus masculino Invariable de la Inmunodeficiencia Humana y SIDA)
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades transmitidas sexualmente
3. **¿De dónde viene su información de salud?** La información de salud sobre usted viene de lugares que le han proveído asistencia médica. Éstos incluyen: los hospitales, los médicos, las farmacias, los laboratorios, el programa de Medicaid, los servicios de servicio de enfermera, los servicios médicos de emergencia, y otras organizaciones de salud que proporcionan información al Intercambio de Información de Salud de Camden (Camden HIE). La Coalición de Proveedores de Asistencia Médica de Camden (www.camdenhealth.org) puede proveerle una lista completa de organizaciones que envían información de salud al Intercambio de Información de Salud de Camden (Camden HIE).
4. **¿Quién puede tener acceso a su información, si usted da el Consentimiento?** Solo persona autorizada que trabajan para el Proveedor puede tener acceso a su información por el Intercambio de Información de Salud de Camden (Camden HIE). Éstos incluyen, pero no son limitados a:
 - Médicos y otros médicos o no médicos directamente envueltos en su cuidado medico
 - Médicos y otros médicos o no médicos en llamada o cubriendo por su doctor/proveedor y directamente envuelto con su cuidado medico
5. **Penalidades por el uso impropio o acceso de su información de salud:** Hay penalidades por el acceso o el uso ilegalmente de su información de salud por medio del Intercambio de Información de Salud de Camden (Camden HIE). Si en cualquier momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto o haber obtenido acceso a su información de salud lo ha hecho, inmediatamente póngase en contacto con el Proveedor nombrado en este formulario o a la Coalición de Proveedores de Asistencia Médica de Camden al (856-365-9510).
6. **Revelación repetida de información:** Su información de salud puede ser revelada de nuevo por el Proveedor a otros proveedores sólo al grado permitido según las leyes y reglamentos estatales y federales. La Coalición de Proveedores de Asistencia Médica de Camden que tiene acceso a esta información por El Intercambio de Información de Salud de Camden (Camden HIE) tienen que cumplir con estos reglamentos.
7. **Periodo efectivo:** Este formulario de Consentimiento permanecerá en efecto para seis (6) mes de asistencia médica.
8. **Retirar su consentimiento:** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un nuevo formulario de Consentimiento. Los proveedores que han tenido acceso a su información de salud por El Intercambio de Información de Salud de Camden (Camden HIE) mientras su consentimiento estaba en efecto pueden copiar o incluir su información de salud en sus propios archivos médicos. Si usted decide retirar su consentimiento, no se requiere que aquellos proveedores devuelvan o quiten su información de salud de sus archivos.
9. **Copia del formulario de Consentimiento.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de Consentimiento después que firme.

