



## Formulario de Consentimiento de Paciente Para Organización de Proveedores Participantes

\_\_\_\_\_ (“\_\_\_\_\_”)

He recibido el documento que se titula “Intercambio de Información de Salud de Brooklyn: Hoja Educativa de Hechos” la cual explica cómo el Intercambio de Información de Salud de Brooklyn (“BHIX” por sus siglas en inglés) funciona, cómo se opera, y cómo puedo permitir que la información médica mía sea evaluada por los hospitales, casas de reposo, agencias de salud domiciliaria y otros proveedores de cuidado de salud participando en BHIX. Si firmo este formulario como el Representante Legal del Paciente, entiendo que toda referencia en este formulario a “yo” o “mi” se refiere al Paciente.

Cada Organización de Proveedores Participantes (“Proveedores Participantes”) involucrado en mi cuidado debe obtener mi Consentimiento por separado para acceder a mi información médica por BHIX. [\_\_\_\_\_] es un Proveedor Participante en BHIX. Entiendo que si Doy Consentimiento abajo, yo por la presente autorizo [\_\_\_\_\_] , incluso todos los individuos autorizados por [\_\_\_\_\_] a usar BHIX, a acceder a mi información médica por BHIX.

- Propósito:** Entiendo que mi información médica será usada sólo para proveerme con tratamiento médico y para evaluar y mejorar la calidad de cuidado médico proveído por [\_\_\_\_\_] a sus pacientes.
- Tipos de información:** Entiendo que este Consentimiento permite a [\_\_\_\_\_] a acceder a TODA mi información médica, inclusive pero no limitada a, información sensible relacionada a lo siguiente:
  - VIH/SIDA
  - Enfermedades Genéticas o Pruebas Genéticas
  - Enfermedades Transmitidas Sexualmente
  - Salud Mental
  - Tratamiento para el Abuso de Alcohol o Drogas
  - Planeamiento Familiar
- Fuentes de Información de Salud:** Información accedida por BHIX viene de una variedad de Fuentes (“Fuentes de Información de Salud”). Estas Fuentes de Información de Salud pueden incluir Proveedores Participantes, otros proveedores de cuidado de salud (tales como farmacias y laboratorios clínicos), aseguradores de salud, el programa de Medicaid del Estado de Nueva York y otros intercambios de información de salud. Se puede encontrar una lista completa de Fuentes de Información de Salud actuales en [www.bhix.org](http://www.bhix.org). Esta lista cambiará de vez en cuando como BHIX sigue creciendo.
- Este Consentimiento permite a [\_\_\_\_\_] a acceder información médica creada ambos antes de y después de la fecha que yo firmo este formulario. Yo entiendo que la información sobre mí puede ser re-revelada por [\_\_\_\_\_] sólo hasta tal punto que se permite bajo las leyes y regulaciones aplicables. Entiendo que si yo Doy Consentimiento, mi Consentimiento se quedará en efecto hasta el día que yo retiro consentimiento o que BHIX deja de operar, lo que ocurra primero.
- Entiendo que si yo cambio de idea y quiero retirar consentimiento, puedo firmar un Formulario de Retirar Consentimiento. Si retiro consentimiento, [\_\_\_\_\_] ya no podrá acceder rutinariamente información médica sobre mí por BHIX a menos que y hasta que yo otra vez Doy Consentimiento por firmar y llenar un nuevo Formulario de Consentimiento de Paciente. El retiramiento de consentimiento no afectará el intercambio de información médica hecho mientras mi Consentimiento fue en hecho.
- Entiendo que si yo Niego Consentimiento abajo, [\_\_\_\_\_] no accederá información médica por BHIX—*ni siquiera en una emergencia*.
- Entiendo que la decisión a participar en BHIX es voluntaria. Ningún Proveedor Participante me negará cuidado médico y mi elegibilidad de seguros no será afectado si yo Niego Consentimiento a participar en BHIX.
- Entiendo que recibiré una copia de este formulario después de que yo lo firme.

Yo por la presente:  Doy Consentimiento  Niego Consentimiento

para [\_\_\_\_\_] a acceder TODA mi información médica de todas Fuentes de Información de Salud por BHIX.

Nombre del Paciente en letra de imprenta  
Print Name of Patient

Fecha de Nacimiento del Paciente  
Patient’s Date of Birth

Firma del Paciente o de Representante Legal del Paciente  
Signature of Patient or Patient’s Legal Representative

Fecha  
Date

Nombre del Representante Legal del Paciente (si aplicable)  
en letra de imprenta  
Print Name of Patient’s Legal Representative (if applicable)

Relación del Representante Legal del Paciente  
Relationship of Patient’s Legal Representative