

# RHIO CONSENT FORM

## Westchester Medical Regional Physician Services, PC

En este Formulario de consentimiento, puede elegir si desea permitir que **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** para obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por THINC, que forma parte de una red de ordenadores en todo el estado. Esto puede ayudar a recoger los documentos médicos que tenga en los distintos lugares donde se obtiene la atención de salud, y ponerlos a disposición por vía electrónica a nuestra oficina.

Usted puede usar este formulario de consentimiento para decidir si debe o no permitir que **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** para ver y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta manera. Usted puede dar su consentimiento o negar el consentimiento, y esta forma puede ser llenada ahora o en una fecha posterior. **Su decisión no afectará su capacidad para obtener la atención médica o la cobertura de seguro de salud. Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser la base de los servicios de negación o de salud.**

Si marca la casilla "**Doy mi consentimiento**" a continuación, usted está diciendo " Sí, **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** el personal involucrado en mi cuidado puede ver y obtener acceso a todos mis registros médicos a través THINC. "

Si marca la casilla "**Niego el consentimiento**" a continuación , usted está diciendo " No, **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** pueden no tener acceso a mi expediente médico a través THINC para cualquier propósito. "

THINC es una organización sin fines de lucro . Comparte información sobre la salud de las personas forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud. Este tipo de intercambio se denomina ehealth salud o tecnología de la información ( TI para la salud ). Para obtener más información sobre salud en línea en el estado de Nueva York, llegar al folleto, " mejor información significa una mejor atención. " Usted puede preguntar a su proveedor para ello, o ir a la página web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org)

**Por favor, lea cuidadosamente la información en el reverso de este formulario antes de tomar su decisión.**

**Sus elecciones de Consentimiento ( 2 ).** Usted puede llenar este formulario ahora o en el futuro.

- Doy mi consentimiento** para **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** para acceder a TODA mi información médica electrónica a través THINC en relación con la provisión de mí cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.
  
- Niego el consentimiento** para **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** para acceder a mi información médica electrónica a través THINC para cualquier propósito, incluso en una emergencia médica.  
**NOTA: A menos que usted marca esta casilla, la ley del Estado de Nueva York permite a las personas a las que el tratamiento en caso de emergencia para tener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros que están disponibles a través de THINC.**

---

Print Name of Patient / Nombre

---

Patient Date of Birth / Fecha de Nacimiento

---

Signature of Patient or Patient's Legal Representative

---

Date / Fecha

---

Print Name of Legal Representative (if applicable)

---

Relationship of Legal Representative to Patient  
(if applicable)

## Detalles sobre la información del paciente en el proceso de consentimiento y THINC:

1. **Cómo se utilizará su información.** Utilizará su información de salud electrónica **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** solamente:
  - Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados
  - Compruebe si usted tiene seguro de salud y lo que cubre
  - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes.

**NOTA: La elección que haga en este formulario de consentimiento no permite que las aseguradoras de salud tener acceso a su información con el fin de decidir si va a dar seguro médico o pagar sus cuentas. Usted puede hacer esa elección en un formulario de consentimiento separado que las aseguradoras de salud deben utilizar.**

2. **Qué tipos de información sobre está incluyen.** Si usted da consentimiento, **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** podrá acceder a toda su información de salud electrónica disponible mediante el Riau. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este formulario de consentimiento. Sus registros de salud pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o un hueso roto.), resultados de las pruebas (como las radiografías o exámenes de sangre) y listas de medicamentos que has tomado. Esta información puede relacionarse con las condiciones de salud sensibles, incluyendo pero no limitado a:
  - Problemas de consumo de alcohol o drogas
  - Control de la natalidad y el aborto (planificación familiar)
  - Enfermedades genéticas (heredadas) o pruebas
  - HIV/AIDS
  - Condiciones de salud mental
  - Enfermedades de transmisión sexual
3. **De dónde proviene información sobre su salud.** Información acerca de usted viene puesto que haberle proporcionado atención médica o seguro médico ("fuentes de información"). Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa de Medicaid y otras organizaciones ehealth que intercambien información médica electrónicamente. Una lista completa de las fuentes de información actual está disponible desde THINC. Usted puede obtener y actualiza lista de fuentes de información en cualquier momento revisar el sitio web de la THINC en [www.thinc.org](http://www.thinc.org) o llamando al 845-896-4726.
4. **¿Quién puede acceder a información acerca de usted, si usted da consentimiento.** Sólo estas personas pueden acceder a información acerca de usted: los médicos y otros proveedores de atención médica que sirven en **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** personal médico que se involucra en su atención médica; proveedores de salud que cubren o en la convocatoria de **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** médicos; y miembros del personal que llevan a cabo actividades permitieron por este formulario de consentimiento como se describe anteriormente en el párrafo uno.
5. **Sanciones por inadecuado acceso o uso de su información.** Hay penalidades por inadecuado acceso a o uso de su información de salud electrónica. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto o ha hecho conseguido acceso a información acerca de usted, llame a **Patricia Ariel, Vicepresidente y Director General de cumplimiento de: (914) 493-8461**; o visite el sitio web de THINC: [www.thinc.org](http://www.thinc.org); o llame al Departamento de salud de NYS en 877-690-2211.
6. **Re-divulgación de la información.** Cualquier información sobre su salud electrónica puede ser re revelada por **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** a otras personas sólo en la medida permitida por las leyes federales, estatales y regulaciones. Esto también es válido para información sobre su salud que existe en un formulario de papel. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para algunos tipos de información en salud sensibles, incluyendo el tratamiento del VIH/SIDA y la droga y el alcohol. Sus requisitos especiales deben seguirse siempre gente reciba este tipo de información de salud delicada. THINC y las personas que acceden a esta información a través de THINC deben cumplir con estos requisitos.
7. **Período eficaz.** Este formulario de consentimiento permanecerá en efecto hasta el día que retirar su consentimiento o hasta que la RHIP deja de funcionamiento, o uso de la lengua opcional siguiente es aceptable y debe decir: **"este formulario de consentimiento permanecerá en efecto hasta el día que retirar su consentimiento o hasta ese momento el Riau deja de operación o hasta 50 años después de su muerte que sea posterior. "**
8. **Retirar su consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento por la firma de una retirada o formulario de consentimiento y dándole a **Westchester Medical Regional Physician Services, PC** también puede cambiar sus opciones de consentimiento mediante la firma de un nuevo formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web de THINC en [www.thinc.org](http://www.thinc.org), o llamando al 845-896-4726. **Nota: Las organizaciones que acceder a su información de salud a través de THINC mientras que su consentimiento es en efecto pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si más adelante decide retirar su consentimiento, no están obligados a devolver o retirarlo de sus registros.**
9. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.

Effective 11/1/2015