

Al firmar este formulario, acepta formar parte del _____ Health Home. Para formar parte de un Health Home, los proveedores de atención médica y otras personas implicadas en su atención deben poder comunicarse entre sí sobre su atención y compartir su información de salud entre ellos para ofrecerle una mejor atención. Aunque formar parte de un Health Home lo ayudará a asegurarse de recibir la atención que necesita, podrá seguir recibiendo atención médica y seguro médico aunque no firme este formulario o no desee formar parte de Health Home.

Health Home puede obtener y compartir su información de salud, incluidas sus historias clínicas, con los colaboradores que figuran al final de este formulario y con otras personas que estén legalmente autorizadas a recibirla, o bien con terceros a través de los siguientes sistemas informáticos:

- La Red Estatal de Información de Salud de Nueva York (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY), gestionada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health). La SHIN-NY recopila y almacena información de salud, incluidas las historias clínicas, procedente de los médicos y los proveedores de atención médica. La SHIN-NY solo puede compartir su información de salud con las personas que usted autorice a ver o recibir dicha información.
- PSYCKES, administrado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (New York State Office of Mental Health). PSYCKES es un sistema informático para recopilar y almacenar la información sobre su tratamiento de salud proporcionada por sus médicos y proveedores de atención médica que forman parte del programa Medicaid.
- TABS/CHOICES, administrado por la Oficina del Estado de Nueva York para Personas con Discapacidad de Desarrollo (New York State Office for People With Developmental Disabilities). TABS/CHOICES es un sistema informático que recopila y almacena información sobre su discapacidad de desarrollo.
- El Sistema Uniforme de Evaluación de Nueva York (Uniform Assessment System NY, UASNY), administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. El UASNY es una base de datos estatal segura que registra y almacena información de identificación y evaluaciones completadas para cada persona que recibe servicios.

Si acepta y firma este formulario, se autoriza a Health Home y a los socios enumerados en este documento a obtener, ver, leer, copiar y compartir entre sí TODA su información de salud (incluida toda la información de salud que Health Home obtenga de la SHIN-NY, de PSYCKES, de TABS/CHOICES o del UASNY) que necesiten para brindarle, gestionar o estudiar su atención a fin de mejorar los servicios de salud para los miembros. La información de salud puede ser anterior o posterior a la fecha en que firme este formulario. Sus historias clínicas pueden contener información sobre enfermedades o lesiones que tuvo o pudo haber tenido anteriormente; resultados de pruebas, como radiografías o análisis de sangre; y los medicamentos que toma actualmente o que ha tomado antes. Sus historias clínicas también pueden incluir información sobre lo siguiente:

1. Programas de tratamiento por consumo de alcohol o drogas en los que participa actualmente o participó antes como miembro
2. Servicios de planificación familiar, como anticonceptivos y abortos
3. Enfermedades hereditarias
4. VIH/SIDA
5. Afecciones de salud mental
6. Diagnóstico y servicios para discapacidades de desarrollo
7. Enfermedades de transmisión sexual (enfermedades que puede contraer al tener relaciones sexuales)

Su información de salud es privada y no se puede entregar a otras personas sin su autorización de acuerdo con las leyes y los reglamentos del Estado de Nueva York y de los Estados Unidos. Los socios y Health Home que pueden obtener y ver su información de salud deben cumplir con todas estas leyes y reglamentos. No pueden entregar su información a otras personas, a menos que usted esté de acuerdo o las leyes indiquen que pueden hacerlo. Esto se aplica independientemente de que su información de salud se encuentre en un sistema informático o en formato papel. Algunas leyes cubren la atención para el VIH/SIDA, los registros de salud mental y el consumo de drogas y alcohol. Al firmar este formulario, usted otorga su autorización para obtener y compartir información relacionada con **su condición de VIH/SIDA, salud mental y consumo de drogas y alcohol** para coordinar la atención y los servicios según sea necesario.

Lea toda la información en este formulario antes de firmarlo.

☐ **ACEPTO** participar en el _____ Health Home y **acepto que Health Home pueda obtener TODA mi información de salud de los socios enumerados al final de este formulario y de terceros a través de la SHIN-NY, PSYCKES, TABS/CHOICES o el UASNY** para brindarme atención o administrar mi atención, verificar si estoy en un plan de salud y qué cubre, y para estudiar y mejorar la atención de todos los miembros. También **ACEPTO** que Health Home y los socios enumerados al final de este formulario puedan compartir mi información de salud entre sí y con otros que estén legalmente autorizados para recibirla. Entiendo que este formulario de consentimiento reemplaza otros formularios de consentimiento para compartir información del paciente/miembro de Health Home que haya firmado anteriormente para compartir mi información de salud. Puedo cambiar de opinión y revocar mi consentimiento en cualquier momento comunicándome con mi gerente de atención, agencia de gestión de la atención o Health Home.

Nombre del miembro _____ Fecha de
en letra de imprenta: _____ nacimiento del miembro: _____

Firma del miembro o de su representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde): _____

Relación del representante legal con el miembro (si corresponde): _____

Detalles sobre la información del miembro y el proceso de consentimiento

1. ¿Cómo utilizarán mi información los socios?

Si usted acepta, los socios utilizarán su información de salud para lo siguiente:

- Brindarle y gestionar su atención médica.
- Verificar si cuenta con seguro médico y qué cobertura ofrece.
- Estudiar y mejorar la atención médica para los miembros.

La elección que haga NO permite que las aseguradoras de salud vean su información para decidir si le otorgan un seguro médico o pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un formulario separado que las aseguradoras de salud deben utilizar.

2. ¿De dónde proviene mi información de salud?

Su información de salud proviene de lugares y personas que le brindaron atención médica o seguro médico en el pasado. Pueden ser hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, proveedores de servicios para discapacidades de desarrollo, planes de salud (compañías de seguros), el programa Medicaid y otros grupos que comparten información de salud. Puede obtener una lista de todos los lugares y las personas llamando al _____ o hablando con su gerente de atención.

3. ¿Qué leyes y normas regulan cómo se puede compartir mi información de salud?

Estas leyes y reglamentos incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York (New York Mental Hygiene Law), el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de Nueva York (New York Public Health Law) y las normas federales de confidencialidad, incluidas la Parte 2 del Título 42 del CFR y las Partes 160 y 164 del Título 45 del CFR (que son las normas denominadas HIPAA), y 10 NYCRR Parte 300 – Red Estatal de Información de Salud de Nueva York (SHIN-NY).

4. Si acepto, ¿quién puede obtener y ver mi información?

Las únicas personas que pueden ver su información de salud son aquellas que usted acepte que puedan obtenerla y verla, como médicos y otras personas que trabajan para un socio de Health Home y que participan en su atención médica; proveedores de atención médica que trabajan para un socio de Health Home que le brinda atención; y personas que trabajan para un socio de Health Home que le brinda atención para ayudarlas a verificar su seguro médico o para estudiar y mejorar la atención médica de todos los miembros. Cuando recibe atención de una persona que no es su médico o proveedor habitual, como una nueva farmacia, un nuevo hospital u otro proveedor, es posible que se le proporcione o que pueda acceder a cierta información, como lo que cubre su plan de salud o el nombre de su proveedor de Health Home.

5. ¿Qué sucede si una persona utiliza mi información y yo no di mi consentimiento para que lo hiciera?

Si esto sucede, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831, o
- comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. al 1-800-368-1019 o presentar una queja por escrito en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

También puede hacer lo siguiente:

- Llamar a uno de los proveedores a los que haya autorizado a consultar su historia clínica,
- Llamar a su gerente de atención o a Health Home: _____ al: _____, o
- Llamar a su plan Managed Care, si pertenece a un plan Managed Care.

6. ¿Cuánto tiempo dura mi consentimiento?

Su consentimiento durará hasta el día en que lo revoque, si abandona el programa Health Home o si Health Home deja de funcionar.

7. ¿Qué sucede si cambio de opinión más adelante y quiero revocar mi consentimiento?

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento poniéndose en contacto con su gerente de atención, agencia de gestión de la atención o Health Home. Si acepta compartir su información, todos los socios de Health Home enumerados al final de este formulario podrán obtener su información de salud, junto con otros socios autorizados por ley. Si no desea que los socios de Health Home enumerados en este formulario o autorizados de otro modo por la ley obtengan su información de salud, debe retirar su consentimiento del programa Health Home. Puede hacerlo por teléfono al _____.

Nota: Incluso si decide revocar su consentimiento más adelante, los proveedores que ya tienen su información no están obligados a devolvérsela ni a eliminarla de sus registros.

8. ¿Cómo consigo una copia de este formulario?

Puede obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Nombre de Health Home: _____

Socios participantes

Copie esta página tantas veces como sea necesario para incluir a todos los socios participantes.

Iniciales del miembro: _____ Fecha: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____

Nombre del socio participante: _____