

Consentimiento para compartir información del paciente en un Hogar médico

Queens Coordinated Care Partners (QCCP), LLC

Nombre del Hogar médico

QCCP, LLC

Al firmar este formulario, usted acepta estar en el Hogar médico (Health Home) _____.

Para poder estar en un Hogar médico, los proveedores de atención médica y las demás personas involucradas en su cuidado necesitan poder hablar entre ellas sobre su cuidado y compartir su información de salud para brindarle una mejor atención. Aunque estar en un Hogar médico ayudará a cerciorarse de que reciba el cuidado que necesita, usted podrá recibir atención médica y tener seguro médico incluso si no firma este formulario o no desea estar en el Hogar médico.

El Hogar médico puede obtener su información de salud, incluyendo sus expedientes médicos, de los socios indicados al final de este formulario o de otros a través de un sistema en computadora ejecutado por _____ EMR, HIT, CM, Medical, Provider Record, Healthix _____, una Regional Health Information Organization (Organización Regional de Información de Salud o RHIO, por sus siglas en inglés) y/o un sistema informático llamado PSYCKES ejecutado por la New York State Office of Mental Health (Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York), y/o un sistema informático llamado TABS/CHOICES. Una RHIO usa un sistema informático para recopilar y almacenar su información de salud, incluyendo expedientes médicos, de sus médicos y proveedores de atención médica que son parte de la RHIO. La RHIO solo puede compartir su información de salud con las personas que usted diga que pueden ver u obtener su información de salud. PSYCKES es un sistema informático que se utiliza para recopilar y almacenar su tratamiento médico de sus médicos y proveedores de atención médica que son parte del programa Medicaid. TABS/CHOICES es un sistema informático ejecutado por la New York State Office for People With Developmental Disabilities (Oficina para las Personas con Discapacidades de Desarrollo del Estado de Nueva York) que recopila y almacena la información sobre sus discapacidades del desarrollo.

Si usted acepta y firma este formulario, el Hogar médico y los socios indicados en este formulario tienen permitido obtener, ver, leer y copiar, y compartir unos con otros TODA su información médica (incluida toda su información médica que el Hogar médico obtenga de la RHIO y/o de PSYCKES y/o de TABS/CHOICES) que necesiten para brindarle atención médica, administrar esa atención o estudiar su cuidado para mejorar la atención médica para los pacientes. La información de salud que puedan obtener, ver, leer, copiar y compartir puede ser anterior y posterior a la fecha en que firme este formulario. Sus expedientes médicos pueden tener información sobre enfermedades o lesiones que tuvo o pudo haber tenido antes; resultados de pruebas tales como rayos X y análisis de sangre, y los medicamentos que usted toma ahora o tomó antes. Sus expedientes médicos también pueden tener información sobre:

1. programas de consumo de alcohol o drogas en los que esté ahora o estuvo antes como paciente;
2. servicios de planificación familiar tales como métodos anticonceptivos y abortos;
3. enfermedades hereditarias;
4. VIH/SIDA;
5. condiciones de salud mental;
6. diagnósticos y servicios para una discapacidad del desarrollo; y/o
7. enfermedades de transmisión sexual (enfermedades que puede contraer por tener relaciones sexuales).

Su información de salud es privada y no se le puede dar a otras personas sin su permiso de acuerdo con las leyes y reglas del Estado de Nueva York y los Estados Unidos. Los socios que pueden obtener y ver su información de salud deben obedecer todas estas leyes. Ellos no pueden dar su información a otras personas a menos que usted acepte o la ley diga que pueden dar la información a otras personas. Esto es así ya sea que su información de salud esté en un sistema en computadora o en papel. Algunas leyes cubren la atención por VIH/SIDA, expedientes de salud mental y consumo de drogas y alcohol. Los socios que usan su información de salud y el Hogar médico deben obedecer estas leyes y reglas.

Favor de leer toda la información en este formulario antes de firmarlo.

YO ACEPTO estar en el Hogar médico _____ QCCP, LLC _____ y acepto que el Hogar médico obtenga TODA mi información de salud de los socios indicados al final de este formulario y de otros a través _____ EMR, HIT, CM, Medical, Provider Record, Healthix _____ de la RHIO y/o de PSYCKES y/o de TABS/CHOICES para brindarme atención médica o administrarla, verificar si estoy en un plan de salud y lo que cubre, y para estudiar y mejorar la atención médica de todos los pacientes. También ACEPTO que el Hogar médico y los socios indicados al final de este formulario pueden compartir mi información de salud unos con otros. Entiendo que este Formulario de consentimiento toma el lugar de otros Formularios de consentimiento para compartir información del paciente del Hogar médico que pueda haber firmado antes para compartir mi información de salud. Puedo cambiar de parecer y retirar mi consentimiento en cualquier momento al firmar un Formulario de retiro del consentimiento (DOH-5058) y dárselo a uno de los socios del Hogar médico.

Escribir con letra de molde el nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Escribir con letra de molde el nombre del representante legal (si aplica)

Relación del representante legal con el paciente (si aplica)

Detalles sobre la información del paciente y el proceso de consentimiento

1. ¿Cómo usarán los socios mi información?

Si usted acepta, los socios usarán su información de salud para:

- brindarle atención médica y administrar dicha atención;
- verificar si usted tiene seguro de salud y qué es lo que cubre, y
- estudiar y mejorar la atención médica para los pacientes.

La opción que elija NO permite a las compañías de seguros médicos ver su información para decidir si le dan el seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede elegir eso en un formulario distinto que las compañías de seguros deben usar.

2. ¿De dónde proviene mi información de salud?

Su información de salud proviene de los lugares y las personas que le han brindado atención médica o seguros de salud en el pasado. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, proveedores para el tratamiento de las discapacidades del desarrollo, planes de salud (compañías de seguros), el programa Medicaid y otros grupos que comparten la información de salud. Usted puede obtener una lista de todos los lugares y las personas al llamar al 1 (855) 246-4422 o hablar con el administrador de su atención médica.

3. ¿Qué leyes y reglas cubren la forma como se puede compartir mi información de salud?

Estas leyes y regulaciones incluyen la Ley de higiene mental de Nueva York, Sección 33.13; la Ley de salud pública de Nueva York, Artículo 27-F y las reglas de confidencialidad, incluyendo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2 y el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Partes 160 y 164 (que son las reglas conocidas como "HIPAA").

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 pueden obtenerla y verla, tal como los médicos y otras personas que trabajan para un socio del Hogar médico y que están involucradas en su atención médica, los proveedores de atención médica que están trabajando para un socio del Hogar médico que está brindándole su atención, y las personas que trabajan para un socio del Hogar médico que está brindándole atención para ayudarlos a verificar su seguro de salud o para estudiar y mejorar la atención médica para todos los pacientes. Cuando usted recibe atención médica de una persona que no es su médico o proveedor usual, tal como una nueva farmacia, hospital nuevo u otro proveedor, se les puede dar o ellos pueden ver alguna información, tal como lo que paga su plan de salud o el nombre de su proveedor del Hogar médico.

5. ¿Qué sucede si una persona usa mi información y yo no acepté que pudiera usarla?

Si esto ocurre, usted puede:

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

También puede:

- llamar a uno de los proveedores que usted dijo que pueden ver sus expedientes;
- llamar a su administrador de atención médica o de Hogar médico: Valentine Hernandez al (718) 906-6251 ; o
- llamar a su Plan de salud administrado si usted pertenece a dicho plan.

6. ¿Cuánto tiempo dura mi consentimiento?

Su consentimiento durará hasta el día que usted lo retire, o si deja el programa Hogar médico, o si el Hogar médico deja de funcionar.

7. ¿Qué sucede si después cambio de parecer y quiero retirar mi consentimiento?

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento al firmar un Formulario de retiro del consentimiento (DOH-5058) y dárselo a uno de los socios del Hogar médico. Si usted acepta compartir su información, todos los socios del Hogar médico que están indicados al final de este formulario podrán obtener su información de salud. Si usted no desea que los socios del Hogar médico indicados en este formulario obtengan su información de salud, es necesario que retire su consentimiento para el programa Hogar médico. Puede obtener este formulario al llamar al 1 (855) 246-4401. El administrador de su atención médica le ayudará a llenar este formulario si usted así lo desea. Nota: aun si después decide retirar su consentimiento, los proveedores que ya tienen su información no tienen que devolvérsela ni eliminarla de sus expedientes.

8. ¿Cómo puedo obtener una copia de este formulario?

Puede obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Nombre del Hogar médico

Copiar esta página según sea necesario para anotar a todos los socios participantes

	Iniciales del Paciente	Fecha	Iniciales del CMA	Fecha
Queens Coordinated Care Partners (QCCP), LLC				
Nombre del Hogar médico				
Nombre de la agencia de gestión de casos (CMA)				
Nombre de la organización de atención administrada (MCO)				
Nombre del proveedor de cuidado primario (PCP)				
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				

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha: _____

Firma del proveedor de la Agencia de administración de casos (CMA)

Fecha: _____