

# Intercambio de información de pacientes con atención médica a domicilio Suspensión del formulario de consentimiento

Nombre de la organización de proveedores de atención médica a domicilio

Mediante la firma de este formulario afirmo que no deseo participar en el programa de atención médica a domicilio

Nombre del proveedor de atención médica a domicilio

Ya que no participaré más en el programa de atención médica a domicilio, mediante la firma de este formulario también suspendo mi autorización para que el programa de atención médica a domicilio intercambie mi información de salud personal con proveedores y otras personas que forman parte del programa, incluyendo la Organización Regional de Información del Área de la Salud (RHIO, por sus siglas en inglés) y/o el sistema computarizado PSYCKES (Sistema de mejora de los servicios psiquiátricos y el conocimiento clínico) de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés). Si he firmado un formulario de consentimiento por separado con RHIO y/o PSYCKES, mi autorización para compartir información de salud personal con proveedores y otros a través de RHIO y/o PSYCKES continuará. Entiendo que los proveedores que ya cuentan con mi información de salud no tienen que devolvérmela ni retirarla de sus registros. Sin embargo, los proveedores de atención médica a domicilio ya no pueden obtener, ver, leer, copiar ni intercambiar mi información de salud después de la fecha en que firmo este formulario. Tengo conocimiento de que la "información de salud personal" puede incluir información de salud, información de salud mental, información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias y/o información de VIH/SIDA.

Soy consciente de que mi información de salud personal seguirá bajo la protección de las leyes y normas de Nueva York y de los Estados Unidos. Los asociados del programa de atención médica a domicilio que cuentan con mi información de salud deben cumplir con todas estas leyes.

Asimismo, tengo en cuenta que poner fin a mi participación en el programa de atención médica a domicilio no me impedirá recibir atención médica u otros servicios de administración de atención médica.

Cualquier formulario de consentimiento de atención médica previamente firmado por mi persona queda anulado mediante el presente.

Nombre del paciente en letra imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra imprenta (en caso de ser aplicable)

Relación del representante legal con el paciente (en caso de ser aplicable)

## Detalles sobre la información del paciente y el proceso de suspensión del consentimiento

### 1. ¿Cómo utilizarán los asociados mi información?

Los asociados ya no pueden usar su información de salud.

### 2. ¿Qué sucederá con mi información de salud?

Su información de salud será guardada por los proveedores que ya cuentan con su información, pero aún deben protegerla cumpliendo con las leyes y normas de Nueva York y de los Estados Unidos.

### 3. ¿Qué leyes y normas cubren la manera en que se puede intercambiar mi información de salud?

Estas leyes y reglamentos son el Artículo 6530(23) de la Ley de Educación de Nueva York, el Artículo 33.13 de la Ley de Higiene Mental, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de Nueva York, La Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996, los Artículos 160 y 164 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales y los reglamentos federales de confidencialidad en el Artículo 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales.

### 4. ¿Quién puede obtener y ver mi información después de haber suspendido mi consentimiento?

Nadie puede obtener nueva información de salud sobre su persona, sin embargo, la información que ya ha sido divulgada no puede recuperarse. Las personas que pueden ver información de salud ya divulgada son: aquellas personas que formaron parte del servicio de atención médica a domicilio antes que usted suspendiera su consentimiento, por ejemplo médicos y otras personas que trabajan para un asociado del programa de atención médica y quienes estuvieron involucrados en su cuidado de salud; proveedores de atención médica que están trabajando para un asociado del programa de atención médica que le brindó atención médica; y personas que trabajan para un asociado del programa de atención médica que le brindó atención médica para ayudarlos a verificar su seguro de salud o evaluar y realizar una mejor atención médica para todos los pacientes. Asimismo, si recibió atención por parte de una persona que no era su médico o proveedor habitual, como por ejemplo una farmacia nueva, hospital nuevo, u otro proveedor, cierta información, como por ejemplo lo que paga su plan de salud o el nombre de su proveedor de atención médica, puede haber sido proporcionada a estas personas o vista por ellas.

### 5. ¿Qué sucede si una persona utiliza mi información y yo no estuve de acuerdo con permitirles utilizarla?

Si considera que una persona utilizó su información, y usted no estaba de acuerdo con brindarle su información a la persona, comuníquese con uno de los asociados que usted ha indicado puede ver sus registros, o llame a \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ o al centro de atención al cliente de Medicaid al 1-800-541-2831.

### 6. ¿Qué vigencia tiene mi suspensión del consentimiento?

Su suspensión del consentimiento será válida hasta el día en que firme un nuevo consentimiento para atención médica a domicilio.

### 7. ¿Qué sucede si cambio de opinión después y quiero participar en un programa de atención médica a domicilio e intercambiar mi información médica?

Si cambia de opinión, sírvase informar a su plan de salud o a su antiguo programa de atención médica a domicilio del interés en recibir nuevamente atención médica a domicilio.

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

Después de firmar esta suspensión del formulario de consentimiento, usted puede solicitar una copia, la cual le será entregada.