

Identificación de paciente (o pegar marbete de paciente)

Nombre de Paciente: _____

Número de expediente médico : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de teléfono: Hogar _____ Trabajo _____

Nombre de Proveedor: _____



Hoja de consentimiento del paciente para intercambiar información sobre su salud electrónicamente

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento: Mes/día/año
----------------	-----------------	-----------	-------------------------------------

Por favor lea atentamente estas declaraciones: (Si usted es un representante legal de un paciente, "yo" o "mí" se refiere al paciente). Al firmar este documento entiendo que San Ysidro Health (SYHealth) es miembro de múltiples redes clínicamente integradas, proveedores de atención primaria y agencias asociadas del Centro de Salud que trabajan en colaboración para garantizar el acceso a una atención médica de calidad y accesible para todos. Para obtener más información sobre otras redes, proveedores de atención primaria y agencias de socios de salud, visite www.syhc.org.

Autorizo que mi información médica protegida (PHI) sea utilizada para proporcionarme tratamiento médico. Así como para apoyar actividades relacionadas con la coordinación de la atención y otros servicios proporcionados por SYHealth, redes clínicamente integradas, proveedores de atención primaria, socios del Centro de Salud y otras organizaciones como 2-1-1 San Diego y sus socios de referencia.

Entiendo y acepto que SYHealth, los otros proveedores de atención médica, socios y organizaciones pueden acceder, usar, compartir y volver a compartir todos mis registros de salud disponibles y otra información sobre mí, tanto desde antes como después de la fecha de hoy. Entiendo que una vez que mi información de salud se comparta a una persona o entidad que no es un proveedor o pagador, mi información de salud puede dejar de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad (45 CFR 164.508(c)(2)(iii)). Entiendo y acepto que la información de salud protegida (PHI) que se puede compartir está relacionada con las siguientes condiciones:

- Salud mental o discapacidades del desarrollo
- Abuso de sustancias y/o alcohol
- Resultados de pruebas de VIH
- Enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades transmisibles
- Información sobre planificación de familia

Entiendo que la información de salud que se comparta puede incluir:

- Información diagnóstica
- Demografía
- Dosis y medicamentos
- Pruebas y resultados de laboratorio
- Alergias
- Resúmenes de atención y planes de atención
- Notas clínicas
- Historia social
- Ordenes
- Pagadores
- Información sobre empleo
- Situación de vivienda y apoyos sociales

Puedo revocar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, poniéndome en contacto con el Departamento HIS de SYHealth ubicado en: 1601 Precision Park Lane, San Diego, CA 92173; sin embargo, siempre que dicha revocación no se aplique a ningún intercambio de mi información de salud que se haya producido antes de la fecha en que se recibió la revocación escrita.

Período efectivo: Este Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que retire mi consentimiento, o dentro de los 10 años de dejar de ser un paciente activo aquí en SYHealth.

He leído y entendido el contenido de este formulario de consentimiento, y tengo derecho a recibir una copia con previa solicitud.

San Ysidro Health y sus empleados, contratistas/proveedores y/u otros Centros de Salud/ Agencias Asociadas seguirán tratándome aunque decida no firmar este consentimiento.

(Tenga en cuenta: La elegibilidad para beneficios, inscripción, pago o tratamiento no puede estar condicionada a la firma de la autorización (45 CFR 164.508(c)(2)(ii))).

Al proporcionar su consentimiento, usted autoriza específicamente a SYHealth a usar y compartir información relacionada con el abuso de drogas/ alcohol/sustancias, salud mental y VIH. Entiendo que los registros de abuso de sustancias están protegidos bajo las regulaciones federales, 42 CFR Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 CFR Partes 160 y 164 y no pueden ser re-compartida sin mi consentimiento por escrito a menos que se permita lo contrario bajo las regulaciones.

Doy consentimiento para que SYH libere y/o acceda toda mi información médica.

Niego consentimiento para que SYH libere y/o acceda a cualquiera de mi información médica.

Fecha de nacimiento de paciente:	Nombre completo del representante legal:
Nombre completo del paciente:	Si está firmado por un representante legal, relación del representante legal con el paciente:
Firma del paciente:	Firma del representante legal:
Fecha de firma:	Fecha de firma: