

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE  
CARE EVERYWHERE Y HEALTHIX  
HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE  
AND HEALTHIX CONSENT FORM**

En el presente Formulario de Consentimiento, puede decidir si permite o no que los profesionales de la salud que figuran en el sitio web de intercambio de información médica (Health Information Exchange, HIE) de NYU Langone Health System /<http://health-connect.med.nyu.edu> ("los Participantes del HIE") y aquellos profesionales de la salud ajenos a NYU Langone que precisen consultar sus expedientes médicos con el fin de realizar un tratamiento (en adelante "los Proveedores de Care Everywhere") obtengan acceso a sus expedientes médicos por medio de una red informática operada por el HIE. Con el objeto de que los Proveedores de Care Everywhere sepan que esa información se encuentra disponible a través del HIE, usted debe dar aviso de que fue/es paciente de un Participante del HIE y de que dicha información estará disponible si se solicita. Esto puede ayudar a recopilar los expedientes médicos existentes en los diferentes lugares en donde se atiende y ponerlos a disposición de los médicos que lo atienden.

In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Health System Health Information Exchange ("HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU Langone health providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available to the providers treating you.

Asimismo, usted puede hacer uso de este Formulario de Consentimiento para decidir si quiere dar permiso o no a los empleados, los agentes o los miembros del personal médico de NYU Langone Health System y organismos afiliados para ver y tener acceso a sus expedientes médicos electrónicos por medio de Healthix, que es un medio de intercambio de información sobre salud, o de la Organización Regional de Información sobre Salud (Regional Health Information Organization), una organización sin fines de lucro reconocida por el estado de Nueva York. Esto puede ayudar a reunir los expedientes médicos existentes en los diferentes lugares en donde se atiende y ponerlos a disposición electrónica de los médicos que lo atienden. Por medio del presente consentimiento, usted otorga su permiso para que cualquier programa de NYU Langone Health System y organismos afiliados de los que sea paciente o miembro, acceda a los archivos de otros profesionales de la salud autorizados para divulgar información a través de Healthix. Puede encontrar una lista completa de las fuentes actuales de información de Healthix en su sitio web, en cualquier momento, en <http://www.healthix.org> o llamando al 877-695-4749. Si lo solicita, su proveedor le imprimirá la lista desde este sitio web.

You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization, a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Health System and affiliated entities program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from this website.

**SU DECISIÓN NO AFECTARÁ LA CAPACIDAD DE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA O COBERTURA DE SEGURO MÉDICO. LA DECISIÓN DE DAR O NO DAR SU CONSENTIMIENTO NO PODRÁ SER MOTIVO PARA QUE SE LE NIEGUEN LOS SERVICIOS MÉDICOS.**

**YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.**

HIE y Healthix intercambian información sobre la salud de las personas de forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios médicos. Este tipo de intercambio es conocido como e-health o tecnología de información sobre la salud. Para saber más acerca de e-health en el estado de Nueva York, lea el folleto, "Better Information Means Better Care" (Mejor información supone mejor atención). Puede solicitárselo a su proveedor o acceder al sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

The HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology. To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care". You can ask your health care provider for it, or go to the website [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

**LEA DETENIDAMENTE LA HOJA INFORMATIVA ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN. Opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene las siguientes opciones:

**PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION.**

**Your Consent Choices.** You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Seleccione uno de los casilleros  a continuación:

Please check one box  below:

1. **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que TODOS los Participantes del HIE **detallados en el sitio web de HIE** y los Proveedores de Care Everywhere puedan acceder a TODA la información electrónica sobre mi salud a través del HIE y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que TODOS los empleados, los agentes y los miembros del personal médico de NYU Langone Health System y organismos afiliados para puedan acceder a TODA la información sobre mi salud a través de HEALTHIX, en relación con todos los fines permitidos detallados en la hoja de información, incluso brindarme atención médica, incluida la asistencia de urgencia.

1. **I GIVE CONSENT** to ALL of the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and **I GIVE CONSENT** to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.

2. **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que los Participantes del HIE **detallados en el sitio web de HIE** y los Proveedores de Care Everywhere puedan acceder a la información electrónica sobre mi salud a través del HIE y **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** a los empleados, los agentes ni los miembros del personal médico de NYU Langone Health System y organismos afiliados para que puedan acceder a mi información de salud a través de HEALTHIX para ningún fin, *ni siquiera en caso de emergencia médica*.

2. **I DENY CONSENT** to the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and **I DENY CONSENT** to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, *even in a medical emergency*.

NOTA: SALVO QUE SELECCIONE LA CASILLA DE "NO DOY MI CONSENTIMIENTO", las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que le brinden tratamiento durante una emergencia tengan acceso a sus expedientes médicos, incluidos los expedientes disponibles a través del HIE y HEALTHIX. SI NO SELECCIONA NINGUNA OPCIÓN, NO SE DIVULGARÁN LOS EXPEDIENTES SALVO EN CASO DE EMERGENCIA TAL COMO LO PERMITE LA LEGISLACIÓN ESTATAL DE NUEVA YORK.

NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

---

Nombre del paciente en imprenta  
Print Name of Patient

---

Fecha de nacimiento del paciente  
Patient's Date of Birth

---

Fecha  
Date

---

Firma del paciente o del representante legal del  
paciente  
Signature of Patient or Patient's Legal  
Representative

---

Nombre del representante legal en imprenta y relación  
(si corresponde)  
Print Name of Legal Representative and Relationship (if  
applicable)

# Hoja informativa del HIE de NYU Langone, Care Everywhere y Healthix

**Detalles sobre la información del paciente intercambiada a través del HIE, Care Everywhere y Healthix, y el proceso de consentimiento:**

- 1. Cómo se usará su información.** La información electrónica sobre su salud será utilizada por los Participantes del HIE y los Proveedores de Care Everywhere únicamente para:
- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - Verificar si cuenta con seguro médico y lo que cubre.
  - Evaluar y mejorar la calidad de atención médica que se brinda a todos los pacientes.

A menos que la legislación estatal y federal permitan otra cosa y si Healthix lo permite, NYU Langone Health podrá divulgar, consultar y utilizar la información electrónica sobre su salud únicamente para:

- Facilitar actividades de gestión de la atención de la salud. Estas actividades incluyen ayudarlo a obtener la atención médica apropiada, mejorar la calidad de los servicios de atención de salud que se le brindan, coordinar el suministro de los múltiples servicios de atención de salud que se le brindan o respaldarlo a la hora de seguir un plan de atención médica.
- Brindar actividades de mejora de la calidad. Estas actividades incluyen evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes y miembros de NYU Langone Health.

**NOTA: La opción que usted indique en este Formulario de Consentimiento NO permitirá que las aseguradoras de salud tengan acceso a su información para decidir si brindarle un seguro de salud o pagar sus facturas. Usted puede indicar dicha opción en un Formulario de Consentimiento separado que deben utilizar las aseguradoras de salud.**

- 2. Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, los Participantes del HIE y los Proveedores de Care Everywhere podrán tener acceso a TODA la información electrónica sobre su salud que se encuentre disponible a través del HIE, y todos los empleados, los agentes y los miembros del personal médico de NYU Langone Health System y organismos afiliados tendrán acceso a TODA la información electrónica sobre su salud disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha del presente Formulario de Consentimiento. Es posible que sus expedientes médicos incluyan un historial de enfermedades y lesiones que haya sufrido (como diabetes o una fractura), resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre) y una lista de los medicamentos que haya tomado. Esta información podría relacionarse con enfermedades confidenciales, incluidas, entre otras:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas de alcohol o de abuso de drogas, incluida, entre otra, información de diagnóstico, medicación, historial y síntesis, notas clínicas y resumen de altas</li><li>• Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de salud mental</li><li>• Alergias</li><li>• Análisis o enfermedades genéticas (heredadas)</li><li>• Enfermedades de transmisión sexual</li><li>• VIH/SIDA</li></ul> |
|--|--|

- 3. De dónde proviene la información sobre su salud.** La información sobre usted proviene de los lugares que le han brindado atención médica o un seguro de salud (en adelante “las Fuentes de Información”). Las Fuentes de Información incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de e-health que intercambian información sobre salud en forma electrónica. Puede obtener una lista completa de las Fuentes de Información vigentes del HIE de NYU Langone Health System o de su médico Participante del HIE, según corresponda. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de Información en cualquier momento visitando el sitio web de HIE en [/http://health-connect.med.nyu.edu](http://health-connect.med.nyu.edu). **Puede ponerse en contacto con el director de asuntos confidenciales de NYU Langone Health por carta enviada a: NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10016 o llamando al 212-404-4079. En Healthix hay una lista completa de las Fuentes de Información vigentes y puede obtenerla en cualquier momento accediendo al sitio de Healthix en <http://www.healthix.org> o llamando al 877-695-4749.**
- 4. Quiénes pueden acceder a su información, si usted da el consentimiento.** “NYU Langone Health System y asociados”, de la manera utilizada en el presente Formulario de Consentimiento, incluye los Hospitales de NYU Langone, la Facultad de Medicina de NYU, los centros de salud familiar de NYU Langone, NYU Winthrop Hospital y los asociados médicos de NYU Winthrop. Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros proveedores de atención de salud que formen parte del personal médico de un Participante del HIE, Participante de Healthix o Proveedor de Care Everywhere aprobados, involucrados en brindarle asistencia médica; proveedores de atención de la salud que estén sustituyendo, o de guardia, a un Participante del HIE aprobado o los proveedores de Care Everywhere; el personal designado que realiza las actividades de mejora de calidad o gestión del cuidado, y los miembros de un Participante del HIE o un Proveedor de Care Everywhere aprobados, que desarrollen actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento según se describen anteriormente.
- 5. Sanciones por acceso o uso indebido de su información.** Existen sanciones por el acceso o el uso indebidos de la información electrónica sobre su salud. Si en algún momento sospecha que alguien pudo haber visto o accedido a su información de forma indebida, llame a uno de los Participantes del HIE o Proveedores de Care Everywhere que usted autorizó a acceder a sus expedientes; visite el sitio web de HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> o llame al Departamento de Salud de NYS al 877-690-2211. Si en algún momento sospecha que alguien pudo haber visto o accedido a su información de forma indebida mediante Healthix, llame a Healthix al: 877-695-4749 o visite el sitio web de Healthix: <http://www.healthix.org>; o llame al Departamento de Salud de NYS al 877-690-2211.
- 6. Posterior divulgación de información.** Los Participantes del HIE y los Proveedores de Care Everywhere pueden divulgar a su vez toda la información electrónica sobre su salud a otras personas únicamente en la medida que lo permitan las leyes y las reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información sobre su salud que existe en forma impresa. Tal como fue establecido anteriormente en el punto número 2, si da su consentimiento, TODA la información electrónica sobre su salud, incluida la información médica confidencial, se encontrará disponible a través de HIE y Healthix. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para ciertas clases de información confidencial sobre salud, incluida la relacionada con: (i) su evaluación, tratamiento o examinación de una enfermedad llevada a cabo por ciertos médicos, (ii) VIH/SIDA; (iii) enfermedades mentales; (iv) retrasos mentales y problemas en el desarrollo; (v) abuso de sustancias; (vi) pruebas de predisposición genética. Los requerimientos especiales de estas clases deben respetarse siempre que las personas reciben este tipo de información médica confidencial. El HIE, Healthix y las personas, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, que accedan esta información mediante estos intercambios de información médica, deben cumplir con estos requisitos.
- 7. Período de vigencia.** El presente Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted retire su consentimiento, hasta el momento en que HIE deje de funcionar o 50 años luego de su muerte, lo que suceda último.

- 8. Renunciar a su consentimiento.** Usted puede renunciar a su consentimiento en cualquier momento firmando un nuevo Formulario de Consentimiento y seleccionando **NO DOY MI CONSENTIMIENTO**. Puede obtener estos formularios en el sitio de HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Una vez completo, envíelo por fax al 917-829-2096 o entrégueselo a su médico.

**Nota:** Las organizaciones, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, que accedan a la información sobre su salud a través del HIE o Healthix mientras su consentimiento esté vigente pueden copiar o incluir la información en sus propios expedientes médicos. Aunque usted decida con posterioridad retirar su consentimiento, estas organizaciones no están obligadas a devolver o eliminar tal información de sus expedientes.

- 9. Negarse a tildar un casillero (elegir una opción).** A menos que seleccione el casillero de “**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**”, las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que lo asistan durante una emergencia tengan acceso a sus expedientes médicos, incluidos los expedientes que se encuentren disponibles mediante el HIE. Si no se selecciona una opción los expedientes no se divulgarán excepto en caso de emergencia tal como lo permite la legislación del estado de Nueva York.
- 10. Copia del formulario.** Tiene derecho a recibir una copia del presente Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.
- 11. Riesgos de negar el consentimiento.** Si no otorga el consentimiento para que los Participantes del HIE y los Proveedores de Care Everywhere tengan acceso a su información a través de HIE y Healthix, es posible que los médicos no tengan acceso a información médica fundamental sobre usted, obtenida durante una cita previa, de manera oportuna.