

¿De qué se trata la Organización regional de información de la salud (Regional Health Information Organization)?

Una Organización regional de información de la salud (RHIO, por sus siglas en inglés) esta compuesta por grupos que comparten de manera electrónica información relacionada con el cuidado de la salud.

Dependiendo de su *proveedor de atención médica**, los siguientes sitios de intercambio de información de salud son RHIO que brindan servicio al condado de Suffolk:

- *Healthix* www.Healthix.org/for-patients
- *HealthlinkNY* www.HealthlinkNY.com
- *NY Care Information Gateway (NYCIG)* www.NYCIG.org/for_patients

*He aquí ejemplos de proveedores de atención médica:

- Doctores o médicos
- Clínicas de salud
- Agencias de atención de salud a domicilio
- Auxiliares de salud a domicilio
- Hospitales y Departamentos de emergencias
- Proveedores de salud mental y conductual
- Enfermeros practicantes
- Enfermeros
- Farmacéuticos
- Terapeutas físicos
- Asistentes médicos
- Centros de enfermería especializada
- Proveedores de servicios sociales

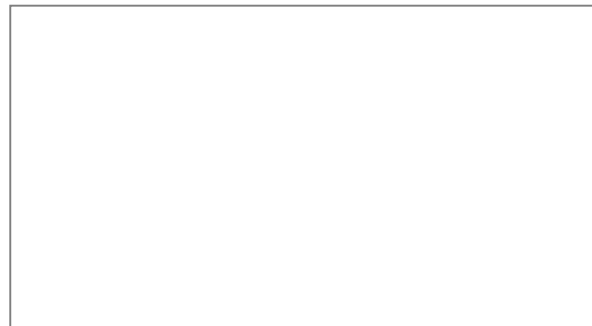


Acerca de la Atención colaborativa de Suffolk (Suffolk Care Collaborative - SCC)

SCC es una alianza de proveedores de atención médica del condado de Suffolk, Long Island, NY, formada para apoyar la iniciativa del Pago de incentivos para la reforma del sistema de prestaciones de Nueva York (Delivery System Reform Incentive Payment - DSRIP). Bajo la dirección y el liderazgo de Stony Brook Medicine, SCC estableció una Organización administradora de servicios de salud para la población para mejorar la salud de todo el condado mediante la atención de una amplia gama de desafíos para la salud, a fin de mejorar los resultados motivando el bienestar, haciendo más accesible la atención médica y reduciendo los costos al limitar el uso innecesario del hospital.

Para obtener más información sobre SCC, visite nuestro sitio web:
www.suffolkcare.org/community

Para completar el Proceso de consentimiento para clientes RHIO, póngase en contacto con:



SU CUIDADO, EN TODAS PARTES



Formulario de consentimiento para clientes RHIO

Preguntas frecuentes (FAQs)

¿Qué proveedores de atención médica pueden acceder a la información de su salud?

Usted, como cliente, decide qué proveedores de atención médica pueden acceder a la información de su salud. Para ello, debe completar un **Formulario de consentimiento para clientes**. En cualquier momento podrá modificar su preferencia en cuanto a quién puede tener acceso a su información médica, completando un nuevo **Formulario de consentimiento para clientes**. También puede obtener un informe sobre quién ha mirado sus registros, llamando a su RHIO.

¿Cuán segura es una RHIO?

Las RHIO deben seguir leyes estrictas nacionales y del estado de Nueva York que protegen la información de su salud. Solo las personas que usted apruebe pueden acceder a su información en las RHIO. Las contraseñas y los códigos de seguridad impedirán que sus registros sean examinados sin su aprobación previa.

Si ocurre un acceso sin aprobación, la RHIO estudiará el problema y le informará a usted y a su proveedor de atención médica. La RHIO tomará las medidas necesarias para evitar que vuelva a ocurrir el acceso no autorizado a su información.

¿Cuáles son los beneficios de completar el formulario de consentimiento?

- **USTED** tiene el **control!** Al elegir cuál(es) proveedor(es) de atención médica puede(n) acceder a la información de su salud, usted tiene voz en su cuidado médico.
- Un formulario de consentimiento le ayudará a sus proveedores de atención médica a contar con la información que necesitan para poder brindarle la atención adecuada.
- Al disponer de la información relacionada con sus visitas médicas, atención médica y medicamentos en un único lugar, mejora la experiencia de atención sanitaria y le brinda a sus proveedores de atención médica su historia clínica completa.



Muestra de un Formulario de consentimiento para clientes

Autorización para tener acceso a la información del paciente a través de una Organización de Intercambio de Información Médica
Departamento de Salud (Department of Health, DOH) del Estado de Nueva York

PROVEEDOR: _____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito acceso a la información médica de mi atención y tratamiento de la manera en que se indica en el presente formulario. Puedo optar por permitirles a la Organización Proveedora o al Plan Médico mencionados anteriormente, o a las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista adjunta a este formulario, obtener acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información médica (HIE) o uno de sus RHIO locales. Otorgo mi consentimiento para que se pueda tener acceso a mis registros médicos de diferentes lugares en donde obtengo atención médica mediante una red informática de todo el estado. El HIE o RHIO es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas electrónicamente y que cumple con las normas de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las leyes del estado de Nueva York.

Se puede tener acceso a mi información en caso de emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla n.º 2, la cual establece que rechazo el consentimiento *incluso* en el caso de una emergencia médica.

La decisión que tome en este formulario **NO** afectará mi capacidad de obtener atención médica. La decisión que tomo en este formulario **NO** permite que las compañías de seguro de salud tengan acceso a mi información para decidir si me brindarán o no seguro de salud o si pagarán o no mis facturas médicas.

Mi opción de consentimiento. UNA casilla está marcada a la izquierda de mi decisión. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento al completar un nuevo formulario.
<input type="checkbox"/> 1. OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización Proveedora o el Plan Médico mencionadas anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionadas en la lista, tengan acceso a TODA mi información médica electrónica, a través de el HIE o el RHIO en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia.
<input type="checkbox"/> 2. NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización Proveedora o el Plan Médico mencionados anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista, tengan acceso a mi información médica electrónica, a través de el HIE o el RHIO en relación con cualquier motivo, incluso en caso de una emergencia médica (salvo para pacientes menores de edad).

Si deseo negar mi consentimiento para que todas las Organizaciones Proveedoras y Planes Médicos que participan en tu RHIO local tengan acceso a mi información médica electrónica, puedo hacerlo contactando mi RHIO local.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y me han proporcionado una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante legal del paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)	Relación entre el representante legal con el paciente (si corresponde)

Proceso de consentimiento para clientes RHIO

¿Cómo puede darle acceso a su(s) proveedor(es) de atención médica?

Puede permitirles que accedan a su información de dos maneras:

1. Durante su visita médica:

- Coménteles a su proveedor de atención médica que usted quiere que compartan su información de salud y que quisiera completar un **Formulario de consentimiento para clientes**
- Revise y complete un **Formulario de consentimiento para clientes**
- Devuelva el **Formulario de consentimiento para clientes** completo al consultorio de su proveedor de atención médica

2. Desde su casa:

- Llame a su proveedor de atención médica y dígame que quisiera completar un **Formulario de consentimiento para clientes**

