

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](http://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: