

## CenterWell ACE

### Autorización para la divulgación y recuperación de la información de o para el HIE

\*\*\*SOLO PARA PACIENTES QUE RESIDEN EN NEVADA\*\*\*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

#### ¿Quién puede divulgar y recuperar mi información?:

Al firmar este formulario, autorizo a las entidades de CenterWell ACE, entre ellas CenterWell Senior Primary Care y Conviva Care Centers (colectivamente, "CenterWell") a intercambiar mi información de la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por medios electrónicos a través de todos los sistemas de Intercambio de Información de la Salud (HIE, por sus siglas en inglés) locales, regionales y estatales. CenterWell puede divulgar y recuperar la PHI para o de otros profesionales u organizaciones del cuidado de la salud, hospitales, laboratorios, radiólogos y farmacias que participen en el HIE. Comprendo que los HIE deben mantener las garantías apropiadas para proteger la privacidad y la seguridad de mi PHI y que solo las personas autorizadas puedan acceder a mi información de la salud desde el HIE.

#### Beneficios de los HIE:

- Permite que sus proveedores de cuidado de la salud accedan rápidamente a su PHI para brindarle la mejor atención posible, en comparación con los métodos tradicionales, como el teléfono, el fax o el correo; lo que puede retrasar las decisiones relacionadas con su cuidado.
- A medida que su información se encuentre disponible, el HIE enviará rápidamente los datos a sus proveedores. Una historia clínica completa le permite a su proveedor tomar decisiones más rápidas y correctas a la hora de proporcionarle los cuidados correspondientes.
- Cuando sus proveedores comparten su historia clínica, pueden encargarse mejor de su cuidado. Los especialistas obtendrán la información que necesitan con mayor rapidez. El personal de la sala de emergencias puede proporcionarle cuidados aunque no pueda responder preguntas.
- Elimina las prácticas engorrosas, como realizar pruebas innecesarias o repetidas, llevar radiografías u otros resultados de las pruebas a una cita de referido y tener que recordar la historia clínica o la lista actual de medicamentos.

#### ¿Qué información ser puede divulgar?: *Lea detenidamente*

Toda la información relacionada con mi salud que recopila o conserva CenterWell. Esto puede incluir, entre otros, los siguientes: notas de progreso; datos del seguro o reclamaciones; planes de tratamiento; procedimientos; análisis de laboratorio; imágenes (radiografía, electrocardiograma, etc.); vacunas y datos de farmacia o de medicamentos recetados. **Comprendo y afirmo que, al proporcionar mi consentimiento y firmar este formulario, otorgo mi permiso expreso e informado para la divulgación de toda la información confidencial que pueda estar en estos registros, que incluyen, entre otros: enfermedades de transmisión sexual; enfermedades transmisibles; VIH/SIDA, (incluye los resultados de las pruebas y el tratamiento); abuso de sustancias, alcohol o drogas; discapacidades mentales, discapacidades del desarrollo y problemas de conducta (a excepción de las notas de psicoterapia), que incluye hospitalización por afecciones físicas y mentales; información o pruebas genéticas; y otras afecciones relacionadas.**

**Objetivo:** el objetivo de esta autorización es permitir el intercambio de mi PHI de forma electrónica a través del HIE para que mis proveedores puedan acceder a ella fuera de y dentro de CenterWell para fines de tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud, y según lo permita o exija la ley. Esta autorización no se puede utilizar

con ningún fin prohibido por la ley, lo que incluye, entre otros, la discriminación prohibida por las leyes federales o estatales.

**Caducidad:** esta autorización es válida hasta la muerte del paciente, o a los **36 meses** a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

**Marque una opción:**

**OTORGO MI CONSENTIMIENTO:**  
**-O BIEN-** Si elige esta opción, otorga permiso a todos los afiliados del HIE que formen parte de su equipo de cuidado médico (fuera y dentro de CenterWell) para acceder a su historia clínica de forma electrónica.

**NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO:**  
**-O BIEN-** Si elige esta opción, su equipo de cuidado médico (fuera y dentro de CenterWell) no puede compartir su información entre sí a través de los HIE. Esto se encontrará vigente incluso durante una emergencia.

**OTORGO MI CONSENTIMIENTO SOLO EN CASO DE EMERGENCIA**  
Si elige esta opción, su equipo de cuidado médico (fuera y dentro de CenterWell) no puede ver su PHI en el HIE a menos que se trate de una emergencia. Una emergencia es un caso en el que existe un riesgo inmediato para su salud, como enfermedades extremas, fracturas óseas, pérdida del conocimiento.

**COMPRENDO QUE:**

- El consentimiento escrito informado es válido hasta que se revoque. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo mediante un aviso por escrito de la revocación a CenterWell. CenterWell comunicará la revocación a HIE.
- La firma de esta autorización es **voluntaria**. Las decisiones de tratamiento, pago, inscripción/afiliación o elegibilidad no estarán condicionadas a mi decisión de firmar este formulario, excepto según lo autoricen los reglamentos federales de privacidad.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- El hecho de negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de la salud protegidas que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico.

**AUTORIZACIÓN MEDIANTE LA FIRMA:** He leído este formulario y acepto los usos, las publicaciones y las divulgaciones de mi información de la salud protegida según se describe.

---

**Firma del paciente o del representante legal autorizado del paciente\***

**Fecha**

---

**Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde)**

**Fecha**

\*Si es el representante, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona y proporcione la documentación correspondiente (tutor, poder legal, apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud, etc.):