

Autorización del paciente para Healthconnect en Greater Houston

_____ [NOMBRE DEL PARTICIPANTE] miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página www.ghhconnect.org contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando Ud. se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras Usted. está en tratamiento. Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales.

Si Ud. decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Al firmar esta autorización, Ud. está de acuerdo con que Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Ud. también autoriza a Healthconnect para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados.

La información médica que puede ser compartida a través de Healthconnect comprende:

- Diagnósticos (síntomas o enfermedades)
- Resúmenes de tratamientos clínicos y copias de documentos de sus registros médicos
- Resultados de exámenes de laboratorio, rayos X y otros exámenes
- Medicinas (actuales y anteriores)
- Información personal tales como nombre, dirección, número de teléfono, género, etnicidad y edad
- Nombres de proveedores de salud y fechas de servicios
- Tratamientos de salud mental, abuso de drogas y bebidas alcohólicas y tratamientos y resultados de exámenes sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/HIV (AIDS)
- Tratamiento y resultados de exámenes de Hepatitis B o C
- Tratamiento y resultados de exámenes genéticos
- Información de genoma en caso de ser proporcionada
- Historia médica familiar en caso de ser proporcionada

Esta autorización es válida hasta que Ud. la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Ud. entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

Nombre del paciente: _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre (si no es el paciente): _____ Parentesco con el paciente: _____

Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect. ____