

Please add Practice name

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

***Patient MRN/Patient ID
in EMR:

En este Formulario de consentimiento, usted puede elegir si desea permitir a los proveedores de atención médica mencionados en el sitio web de Intercambio de información de salud [Health Information Exchange] de NYU Langone Medical Center (“NYULMC HIE”), <http://health-connect.med.nyu.edu/>, (“Participantes de HIE”), y a los proveedores de atención médica no pertenecientes a NYU que puedan solicitar acceso a sus registros clínicos a los fines de su tratamiento actual (“Proveedores de Care Everywhere”) obtener acceso a su historia clínica a través de una red informática administrada por NYULMC HIE. A fin de que un Proveedor de Care Everywhere sepa que esa información podría estar disponible a través de NYULMC HIE, debe informarle que usted era o es paciente de un Participante de HIE y que dicha información podría estar disponible si se la solicita. Esto puede ayudar a recopilar historias clínicas que usted tiene en diferentes lugares donde le brindan atención médica, y hace que estén disponibles en forma electrónica para los proveedores que le brindan tratamiento.

[In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Medical Center Health Information Exchange (“NYULMC HIE”) website <http://health-connect.med.nyu.edu/> (“HIE Participants”) and non-NYU health care 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 NYULMC HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the NYULMC 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 electronically to the providers treating you.]

También podrá utilizar este Formulario de consentimiento para decidir si permitir o no a todos los empleados, agentes o integrantes del personal médico de NYU Hospitals Center ver sus registros médicos electrónicos y obtener acceso a estos a través de Healthix, que es un Intercambio de información de salud, o de la Organización Regional de Información de Salud [Regional Health Information Organization, RHIO], una organización sin fines de lucro reconocida por el estado de Nueva York. Esto también puede ayudar a recopilar historias clínicas que usted tiene en diferentes lugares donde le brindan atención médica, y hace que estén disponibles de forma electrónica para los proveedores que le brindan tratamiento. Este consentimiento también otorga su permiso para que cualquier programa de NYU Langone Medical Center del cual usted sea paciente o integrante acceda a sus registros de otros proveedores de atención médica autorizados a divulgar información a través de Healthix. Healthix pone a su disposición una lista completa de las Fuentes de información actuales de Healthix que usted puede obtener en cualquier momento visitando el sitio web de Healthix en <http://www.healthix.org> o llamando a Healthix al 1-877-695-4749. Si usted lo solicita, su proveedor le imprimirá esta lista desde el sitio web de Healthix.

[You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staff of NYU Hospitals Center to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization (RHIO), 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 Medical Center 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 Healthix at 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from the Healthix website.]

SU ELECCIÓN NO AFECTARÁ LA CAPACIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA O COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO. SU ELECCIÓN DE OTORGAR O DE NO OTORGAR EL CONSENTIMIENTO NO PODRÁ SER EL MOTIVO DE UNA DENEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

[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.]

NYULMC HIE y Healthix comparten información sobre la salud de las personas de forma electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir se denomina ehealth (salud electrónica) o tecnología de información sanitaria (TI sanitaria). Para obtener más información sobre ehealth en el estado de Nueva York, lea el folleto "Mejor información significa mejor atención" [Better Information Means Better Care]. Puede solicitar este folleto a su proveedor de atención médica o buscarlo en el sitio web www.ehealth4ny.org.

[The NYULMC 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 (health IT). 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.]

LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN LA HOJA INFORMATIVA ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN.

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

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o más adelante. Tiene las siguientes opciones: Marque la casilla 1 o 2:

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

Please check one box below:]

1. OTORGO MI CONSENTIMIENTO a TODOS los Participantes de HIE mencionados en el sitio web de NYULMC HIE y a TODOS los Proveedores de Care Everywhere para que tengan acceso a TODA mi información electrónica de salud a través de NYULMC HIE, y OTORGO MI CONSENTIMIENTO a TODOS los empleados, agentes e integrantes del personal médico de NYU Hospitals Center para que tengan acceso a TODA mi información electrónica de salud a través de HEALTHIX en relación con cualquiera de los propósitos permitidos descritos en la hoja informativa, que incluyen proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.

[1. I GIVE CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the NYULMC HIE website and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the NYULMC HIE and I GIVE CONSENT to ALL employees, agents and members of the medical staff of NYU Hospitals Center 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 OTORGO MI CONSENTIMIENTO a NINGUNO de los Participantes de HIE mencionados en el sitio web de NYULMC HIE ni a los Proveedores de Care Everywhere para que tengan acceso a mi información electrónica de salud a través de NYULMC HIE o HEALTHIX por cualquier propósito, incluso en caso de una emergencia médica.

[2. I DENY CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the NYULMC HIE website and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the NYULMC HIE or HEALTHIX for any purpose, even in a medical emergency.]

NOTA: A MENOS QUE MARQUE LA CASILLA QUE DICE "NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO", las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que lo están tratando en caso de una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, lo que incluye registros que están disponibles por medio de NYULMC HIE. SI USTED NO ELIGE UNA DE LAS DOS OPCIONES, los registros no se compartirán, excepto en caso de emergencia según lo permitido por las leyes del estado 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 NYULMC HIE. 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 letra de IMPRENTA
[PRINT Name of Patient]

Fecha de nacimiento del paciente
[Patient Date of Birth]

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

Fecha
[Date]

Nombre, en letra imprenta, del Representante
legal (si corresponde)
[Print Name of Legal Representative (if applicable)]

Relación del representante legal con
el paciente (si corresponde)
[Relationship of Legal Representative
to Patient (if applicable)]

Hoja informativa de NYULMC HIE, Care Everywhere y Healthix y Healthix [NYULMC HIE, Care Everywhere and Healthix Fact Sheet]

Detalles sobre información del paciente en NYULMC HIE, Care Everywhere y Healthix, y en el proceso de consentimiento:

[Details about patient information in the NYULMC HIE, Care Everywhere and Healthix and the consent process:]

- 1. Cómo se usará su información.** Los Participantes de HIE y los Proveedores de Care Everywhere utilizarán su información electrónica de salud únicamente para:
[How Your Information Will be Used. Your electronic health information will be used by the HIE Participants and Care Everywhere Providers only to:]
 - Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados;
[Provide you with medical treatment and related services.]
 - Verificar si tiene seguro de salud y qué cubre;
[Check whether you have health insurance and what it covers.]
 - Evaluar y mejorar la calidad de atención médica proporcionada a todos los pacientes.
[Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients.]

A menos que las leyes estatales y federales lo permitan de otro modo, y si Healthix lo aprueba, los planes de seguro de atención médica de NYULMC podrán divulgar y utilizar su información electrónica de salud, y tener acceso a esta, únicamente para:

[Unless otherwise permitted by State and Federal law and if permitted by Healthix, your electronic health information shall be disclosed, accessed and used by NYULMC healthcare insurance plans only to:]

- Ofrecer actividades de Administración de atención de la salud. Estas actividades incluyen ayudarlo a obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le brindan, coordinar la provisión de servicios múltiples de atención médica para usted o respaldarlo para que respete un plan de atención médica.
[Provide Care Management Activities. These include assisting you in obtaining appropriate medical care, improving the quality of healthcare services provided to you, coordinating the provision of multiple health care services provided to you, or supporting you in following a plan of medical care.]
- Ofrecer actividades de Mejora de la calidad. Esto incluye evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes e integrantes de NYULMC.
[Provide Quality Improvement Activities. These include evaluating and improving the quality of medical care provided to you and all NYULMC patients and members.]

NOTA: La opción que marque en este Formulario de consentimiento NO permite a las compañías aseguradoras de salud tener acceso a su información con el propósito de decidir si les darán seguro médico o si pagarán sus facturas. Puede marcar esa opción en un Formulario de consentimiento por separado que las compañías aseguradoras de salud deben usar.

[NOTE: The choice you make in this Consent Form does NOT allow health insurers to have access to your information for the purpose of deciding whether to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate Consent Form that health insurers must use.]

2. Qué tipo de información suya se incluye. Si otorga su consentimiento, los Participantes de HIE y los Proveedores de Care Everywhere podrían tener acceso a TODA su información electrónica de salud disponible a través de NYULMC HIE, y todos los empleados, agentes e integrantes del personal médico de NYU Hospitals Center podrían tener acceso a TODA su información electrónica de salud disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o fractura de hueso), resultados de pruebas (rayos X o análisis de sangre) y una lista de los medicamentos que haya tomado. Esta información podría estar relacionada con enfermedades delicadas, que incluye, entre otras:

[What Types of Information About You Are Included. If you give consent, the HIE Participants and Care Everywhere Providers may access ALL of your electronic health information available through the NYULMC HIE and all employees, agents and members of the medical staff of NYU Hospitals Center may access ALL of your electronic health information available through Healthix. This includes information created before and after the date of this Consent Form. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medicines you have taken. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:]

<ul style="list-style-type: none"> Alcoholismo o consumo de drogas [Alcohol or drug use problems] 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades mentales [Mental health conditions]
<ul style="list-style-type: none"> Control de la natalidad y abortos (planificación familiar) [Birth control and abortion (family planning)] 	<ul style="list-style-type: none"> VIH/SIDA [HIV/AIDS]
<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas [Genetic (inherited) diseases or tests] 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades de transmisión sexual [Sexually transmitted diseases]

3. De dónde proviene la información sobre usted. La información sobre usted proviene de lugares donde le han brindando atención médica o del seguro médico (“Fuentes de información”). Esto podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de salud electrónica que intercambian información de salud electrónicamente. Puede obtener una lista completa de las Fuentes de información actuales de HIE en NYU Hospitals Center o a través de su proveedor de atención médica que es Participante de HIE, según corresponda. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de información en cualquier momento visitando el sitio web de NYULMC HIE, <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **Puede comunicarse con el Funcionario encargado de temas de privacidad [Privacy Officer] de NYULMC HIE escribiendo a: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016, o llamando al: 212-404-4079. Healthix pone a su disposición una lista completa de las Fuentes de información actuales de Healthix que usted puede obtener en cualquier momento visitando el sitio web de Healthix en <http://www.healthix.org> o llamando a Healthix al 877-695-4749.**

[Where Health Information About You Comes From. Information about you comes from places that have provided you with medical care or health insurance (“Information Sources”). These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, health insurers, the Medicaid program, and other ehealth organizations that exchange health information electronically. A complete list of current HIE Information Sources is available from NYU Hospitals Center or your HIE Participant health care provider, as applicable. You can obtain an updated list of Information Sources at any time by checking the NYULMC HIE website <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **You can contact the NYULMC HIE Privacy Officer by writing to: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 or calling: 212-404-4079. 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 Healthix at 877-695-4749.]**

4. **Quién puede acceder a la información sobre usted, si otorga su consentimiento.** Solamente estas personas pueden tener acceso a su información: médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de un Participante aprobado de HIE o de un Proveedor aprobado de Care Everywhere que están involucrados en su atención médica; proveedores de atención médica que cubren o están de guardia por médicos de un Participante aprobado de HIE o un Proveedor aprobado de Care Everywhere; personal designado involucrado en actividades de mejora de la calidad o administración de atención de la salud; y miembros del personal de un Participante aprobado de HIE o de un Proveedor aprobado de Care Everywhere que llevan a cabo las actividades permitidas por este Formulario de consentimiento según se describe anteriormente en el párrafo uno.

[Who May Access Information About You, If You Give Consent. Only these people may access information about you: doctors and other health care providers who serve on the medical staff of an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider who are involved in your medical care; health care providers who are covering or on call for an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider's doctors; designated staff involved in quality improvement or care management activities; and staff members of an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider who carry out activities permitted by this Consent Form as described above in paragraph one.]

5. **Sanciones por el acceso o el uso inapropiados de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiados de su información electrónica de salud. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto ni obtenido acceso a su información lo ha hecho, llame a uno de los Participantes de HIE o de los Proveedores de Care Everywhere a quienes ha autorizado para que tengan acceso a sus registros; visite el sitio web de NYULMC HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York [NYS Department of Health] al 1-877-690-2211. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto ni obtenido acceso a su información lo ha hecho a través de Healthix, llame a Healthix al: 1-877-695-4749, visite el sitio web de Healthix: <http://www.healthix.org> o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-877-690-2211.

[Penalties for Improper Access to or Use of Your Information. There are penalties for inappropriate access to or use of your electronic health information. If at any time you suspect that someone who should not have seen or gotten access to information about you has done so, call one of the HIE Participants or Care Everywhere Providers you have approved to access your records; visit the NYULMC HIE website: <http://health-connect.med.nyu.edu/> or call the NYS Department of Health at 877-690-2211. If at any time you suspect that someone should not have seen or gotten access to information about you has done so through Healthix, call Healthix at: 877-695-4749; or visit Healthix's website: <http://www.healthix.org>; or call the NYS Department of Health at 877-690-2211.]

6. **Nueva divulgación de la información.** Toda información electrónica de salud sobre usted podría volver a ser divulgada por un Participante de HIE o un Proveedor de Care Everywhere a otros solo en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información de salud sobre usted que existe en forma impresa. Según lo indicado anteriormente en el punto 2, si usted otorga su consentimiento, TODA su información electrónica de salud, incluida la información de salud delicada, estará disponible a través de NYULMC HIE y Healthix. Algunas leyes estatales y federales proveen protecciones especiales para algunos tipos de información de salud delicada, que incluyen: (i) su evaluación, tratamiento o examen de una enfermedad por parte de ciertos proveedores; (ii) VIH/SIDA; (iii) enfermedad mental; (iv) retraso mental e impedimentos del desarrollo; (v) abuso de sustancias; y (vi) pruebas de predisposición genética. Sus requisitos especiales deben cumplirse siempre que una persona reciba este tipo de información de salud delicada. NYULMC HIE, Healthix y las personas que tienen acceso a esta información por medio de estos intercambios de información de salud, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, deben cumplir estos requisitos.

[Re-disclosure of Information. Any electronic health information about you may be re-disclosed by an HIE Participant or Care Everywhere Provider to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. This is also true for health information about you that exists in a paper form. As stated in #2 above, if you give consent, ALL of your electronic health information, including sensitive health information will be available through the NYULMC HIE and Healthix. Some state and federal laws provide special protections for some kinds of sensitive health information, including related to: (i) your assessment, treatment or examination of a health condition by certain providers; (ii) HIV/AIDS; (iii) mental illness; (iv) mental retardation and developmental disabilities; (v) substance abuse; and (vi) predisposition genetic testing. Their special requirements must be followed whenever people receive these kinds of sensitive health information. The NYULMC HIE, Healthix and persons, including Care Everywhere Providers, who access this information through these health information exchanges must comply with these requirements.]

7. **Período de validez.** Este Formulario de consentimiento tendrá validez hasta el día en que retire su consentimiento o hasta el momento en que NYULMC HIE deje de funcionar, o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra más tarde.

[**Effective Period.** This Consent Form will remain in effect until the day you withdraw your consent or until such time the NYULMC HIE ceases operation, or until 50 years after your death, whichever is later.]

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento al firmar un nuevo Formulario de consentimiento y seleccionando **NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO**. Puede obtener estos formularios en el sitio web de NYULMC HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Una vez que los haya completado, envíelos por fax al 917-829-2096 o entréguelos a su proveedor.

[**Withdrawing Your Consent.** You can withdraw your consent at any time by signing a new Consent Form and selecting **I DENY CONSENT**. You can get these forms on the NYULMC HIE website <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Once completed please fax to 917-829-2096 or submit to your provider.]

Nota: Las organizaciones, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, que tienen acceso a su información de salud a través de NYULMC HIE y/o Healthix mientras su consentimiento tiene validez, podrían copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si más adelante decide retirar su consentimiento, esas organizaciones no están obligadas a devolver ni eliminar la información de sus registros.

[**Note: Organizations, including Care Everywhere Providers, that access your health information through the NYULMC HIE and/or Healthix while your consent is in effect may copy or include your information in their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.**]

9. **Qué sucede si se niega a marcar una casilla (hacer una elección).** A menos que marque la casilla que dice “NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO”, las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que le están tratando en caso de una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, lo que incluye registros que están disponibles a través de NYULMC HIE. Si usted no elige una de las dos opciones, los registros no se compartirán, excepto en caso de emergencia según lo permitido por las leyes del estado de Nueva York.

[**Refusing to Check a Box (make a choice).** 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 NYULMC HIE. If you do not make a choice, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.]

10. **Copia del formulario.** Puede obtener una copia de este Formulario de consentimiento después de firmarlo.

[**Copy of Form.** You are entitled to get a copy of this Consent Form after you sign it.]

11. **Riesgos que corre si no otorga su consentimiento.** Si usted no otorga su consentimiento para que los Participantes de HIE y los Proveedores de Care Everywhere tengan acceso a su información a través de NYULMC HIE y Healthix, es posible que sus proveedores de atención médica no puedan tener acceso de manera oportuna a información de salud importante sobre usted obtenida en una visita anterior.

[**Risks of Denying Consent.** If you deny consent for HIE Participants and Care Everywhere Providers to access your information through the NYULMC HIE and Healthix, your healthcare providers may not be able to access critical health information about you, obtained during a prior encounter, in a timely manner.]