



Regional Health Information Organization

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ROCHESTER RHIO SOBRE SERVICIOS ACORDADOS PARA MENORES

[USAR SOLAMENTE PARA LOS MENORES QUE RECIBAN SERVICIOS PROTEGIDOS ESPECIALMENTE]

PROVEEDOR: _____

Rochester Regional Health Information Organization (“RHIO”) es un sistema seguro de información de registros médicos que utilizan los médicos para ayudar a tratar a sus pacientes. Si deseas más información sobre este tipo de sistema de información, puedes pedirle a tu médico o enfermero el folleto titulado “Brindar mejor información para una mejor atención al paciente” (Better Information Means Better Care) o puedes visitar el sitio web www.ehealth4ny.org o www.RochesterRHIO.org.

En este formulario de consentimiento, puedes elegir si permites que tus médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparecen en la parte superior de este formulario, o cualquier otro proveedor de atención médica que tú, tu padre/madre o tutor legal haya permitido o permita en el futuro, usen la red informática de Rochester RHIO para ver tus registros médicos. Esto ayudará a tu médico a tratarte. Puedes decidir dar o negar tu permiso. Puedes completar este formulario ahora o en cualquier otro momento.

Seguirás teniendo la posibilidad de recibir atención médica o la cobertura del seguro de salud, tanto si das como si niegas tu consentimiento.

Tus padres NO pueden usar Rochester RHIO para ver tu información médica.

Si marcas el casillero “QUIERO” más adelante, estás diciendo: “Sí, los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparecen en la parte superior de este formulario, o cualquier otro proveedor de atención médica que mi padre/madre o tutor legal haya permitido o permita en el futuro, pueden usar Rochester RHIO para ver TODOS mis registros médicos”.

Si marcas el casillero “NO QUIERO” más adelante, estás diciendo: “No, los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparecen en la parte superior de este formulario NI ningún otro proveedor de atención médica pueden usar Rochester RHIO para ver mis registros médicos (excepto en el caso de una emergencia)”.

Lee atentamente la información que se encuentra en el reverso de este formulario antes de tomar tu decisión y firmar este formulario. Si tienes alguna pregunta, pregúntale a tu médico o enfermero antes de firmar este formulario. Tienes **DOS OPCIONES**. Marca uno de los casilleros que siguen:

QUIERO que los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparecen en la parte superior de este formulario y cualquier otro proveedor de atención médica, que yo, mi padre/madre o tutor legal haya permitido o permita en el futuro, usen Rochester RHIO para ver TODA mi información médica. Esta información ayudará a los médicos y enfermeros a tratarme.

NO QUIERO que los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparecen en la parte superior de este formulario o cualquier otro proveedor de atención médica use Rochester RHIO para ver mi información médica. En caso de una emergencia, los médicos podrán usar Rochester RHIO para ver mi información médica.

Nombre del paciente menor en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente menor

Firma del paciente menor

Fecha

INFORMACIÓN DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE UN MENOR PARA ROCHESTER RHIO

1. Cómo se usará tu información. Tu información médica electrónica será utilizada por los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica únicamente para:

- Tratarte
- Controlar tu seguro de salud
- Mejorar la atención médica que se proporciona a todos los pacientes

2. ¿Qué tipos de información acerca de ti están incluidas? Si das tu consentimiento, los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica podrán ver toda tu información médica en Rochester RHIO. Tus registros médicos pueden incluir información sobre lesiones (como una fractura ósea) y los resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre) y las listas de medicamentos que hayas tomado. Los médicos y enfermeros también podrán ver cualquier tipo de información privada y muy confidencial sobre tu salud en Rochester RHIO en relación con los “Servicios especialmente protegidos”, entre ellos:

- Problemas de consumo de alcohol o drogas
- Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar)
- Enfermedades que te hayan transmitido los genes de tus padres y los análisis para detectar estas enfermedades genéticas (heredadas)
- VIH/SIDA
- Afecciones de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual (como herpes, sífilis y hepatitis)

3. De dónde proviene la información médica acerca de ti. La información acerca de ti proviene de lugares que te han brindado atención médica (como hospitales, médicos, farmacias y laboratorios) o del seguro de salud. Si quieres ver una lista completa de estos lugares, puedes pedírsela al médico o enfermero que te trata o puedes consultar el sitio web de Rochester RHIO en www.RochesterRHIO.org o puedes llamar al **1-877-865-7446**.

4. Si das tu consentimiento, ¿quién podrá ver la información acerca de ti? Solo los médicos, enfermeros, otros proveedores de atención médica y el personal del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparecen en la parte superior del formulario de consentimiento, o cualquier proveedor que tú, tu padre/madre o tutor legal haya permitido o permita en el futuro, podrán usar Rochester RHIO para ver tu información médica. **Tus padres NO pueden usar Rochester RHIO para ver tu información médica.**

5. Sanciones por el acceso o el uso inadecuados de tu información. Si alguien ve tu información médica cuando se supone que no puede verla, pueden recibir importantes sanciones. Si crees que alguien que no debería haber visto información sobre ti lo ha hecho, debes llamar al consultorio médico, la clínica o el hospital que se indica en el parte superior del formulario de consentimiento, visitar el sitio web de Rochester RHIO en www.RochesterRHIO.org o llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-877-690-2211**.

6. Divulgación a otros. La ley limita a los médicos y enfermeros para que no permitan que otras personas vean tu información médica. Para poder ver tu información médica, Rochester RHIO y las personas que usan Rochester RHIO deben seguir estas normas.

7. ¿Cuánto tiempo durará mi consentimiento? Tu consentimiento para permitir el acceso a los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica durará hasta que completes otro formulario en el que digas que cambiaste de opinión, hasta que cumplas 18 años, o hasta que RHIO deje de funcionar.

8. Retiro de tu consentimiento. Si cambias de opinión y no deseas que los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica usen Rochester RHIO para ver tus registros, debes firmar un formulario de retiro de consentimiento y entregárselo a los médicos y enfermeros del consultorio médico, la clínica o el hospital que aparece en la parte superior del formulario de consentimiento o a Rochester RHIO. También puedes cambiar de opinión acerca de quiénes pueden ver tu registro firmando un nuevo formulario de consentimiento en cualquier momento. Puedes obtener estos formularios a través del sitio web de Rochester RHIO ingresando en www.RochesterRHIO.org o llamando al **1-877-865-7446**. Debes saber que aún cuando cambies de opinión, el consultorio médico, la clínica o el hospital que aparece en la parte superior del formulario de consentimiento podrá hacer copias de tu información médica y que estas copias podrán permanecer en tu registro médico.

9. Copia del formulario. Puedes obtener una copia de este formulario de consentimiento, una vez que lo firmes.