



Formulario de autorización y consentimiento de Midwest Health Connection Mayo 2020

¿Para quién es este formulario?

Es para pacientes que desean unirse a la red de información de salud de Midwest Health Connection (MHC).

¿Qué está aceptando al firmar este formulario?

- Dar su consentimiento que permita a sus proveedores de atención médica compartir sus registros de salud electrónicamente, a través de sus computadoras, para mejorar su atención.
- Que ha recibido información sobre cómo compartir sus registros de salud a través de MHC Network.

Por favor, lea las siguientes declaraciones.

(Si usted es el representante legal de un paciente, "yo", "mi" o "mí" se refieren al paciente)

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que MHC y los proveedores de atención médica que participan en la Red MHC:

1. Compartirán mis datos de salud con los proveedores que me están tratando.
2. Podrán ver todos mis registros de salud tanto antes como después de la fecha de hoy.
3. Pueden usar o compartir mis datos de salud, pero solo según lo permitido por las leyes federales y estatales. Esto es lo mismo que para mis registros de salud en papel.
4. Pueden compartir *todos* mis registros de salud con los proveedores que me están tratando; esto incluye, pero no se limita a:
 - enfermedades o lesiones (como diabetes o un hueso roto)
 - resultados de las pruebas (como radiografías o análisis de sangre)
 - medicamentos que estoy tomando o he tomado

Esto también puede incluir, pero no se limita a los datos confidenciales:

- Problemas de abuso de alcohol o sustancias
- Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias)
- VIH/SIDA
- Salud mental y discapacidades del desarrollo
- Información sobre planificación familiar (incluidos los abortos)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Lesiones de la cabeza y la médula espinal

¿Qué es Midwest Health Connection (MHC)?

MHC es la red de información de salud sin fines de lucro para el Medio Oeste. Esta red electrónica segura permite que sus médicos y otros cuidadores compartan sus registros de salud rápidamente para brindarle la mejor atención.

¿Quién tiene acceso a la red MHC?

Solo proveedores/organizaciones de atención médica autorizados y profesionales involucrados en su tratamiento, coordinación de la atención, mejoramiento de la calidad y actividades relacionadas con la gestión o el pago de su atención médica. La información de registros médicos está protegida por las leyes federales y estatales de privacidad; el acceso, uso y divulgación de registros médicos cumplirá con las leyes.

5. Pueden copiar o incluir mis datos de salud en sus propios registros médicos cuando me cuidan. Aunque más tarde cancele mi consentimiento, los proveedores que he visitado y que han copiado mis registros no están obligados a eliminarlos. Esta es la ley actual.
6. Tener sanciones para cualquier persona que comparta mis datos de la manera equivocada.
7. MHC hará un seguimiento de quién ve mis registros de salud para asegurarse de que están seguros. Puedo pedirle a mi médico o MHC una lista de quién ha mirado mis registros. Lista de proveedores actuales: www.mhc-hie.org

Por favor, lea y entienda cada una de las siguientes declaraciones:

- Está estrictamente prohibido utilizar estos datos con fines de marketing o publicidad, o para determinar la elegibilidad para el seguro o el empleo.
- Mi consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cancele mi cuenta por “Opting Out” o MHC ya no exista, lo que ocurra primero.
- Mi consentimiento para unirme a MHC es voluntario. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento. Puedo volver a unirme en cualquier momento.
- Puedo pedir una copia de este formulario después de firmarlo.
- Si sospecho o me entero de que mis datos fueron compartidos o accedidos de manera incorrecta, puedo contactar a MHC en: info@MHC-HIE.org o PMB 270, 2000 E. Broadway, Columbia, MO 65201-6091.

Información del paciente:

Al firmar este formulario, doy a todos los proveedores participantes de MHC el derecho de compartir todos mis registros de salud, incluidos los datos confidenciales, a través de la Red de MHC con el fin de brindarme atención. MHC tiene el derecho de contactarme para la verificación de identidad.

| | | | |
|---|---------------|--------|---------------------|
| _____ | | | ____/____/____ |
| Mi nombre (en letra de imprenta e incluya el apellido de soltera) | | | Fecha de nacimiento |
| _____ | | | _____ |
| Mi dirección | | | Ciudad |
| _____ | _____ | _____ | ____/____/____ |
| Estado | Código postal | Género | Seguridad social |

Firma del paciente:

| | |
|---|----------------|
| <u> X </u> _____ | ____/____/____ |
| Firma del paciente o tutor | Fecha |
| <i>Si soy el padre o tutor de un niño, puedo dar mi consentimiento en nombre del niño solo hasta que cumpla 18 años. En ese momento, el niño será excluido automáticamente a menos que él o ella decida unirse a la red de MHC.</i> | |

Esta área debe ser completada por un Notario público

El instrumento anterior fue reconocido ante mí, Notario Público, el _____ / ____ / ____ (fecha) por _____ (nombre del paciente), conocido por mí como la persona cuyo nombre está suscrito al instrumento interno y reconoció que él/ella ejecutó el mismo para los fines contenidos en el mismo.

Firma del notario: _____ **Estado:** _____ **Condado:** _____

Instrucciones de presentación: _____ **Sello del notario:** _____

Enviar a: Midwest Health Connection

PMB 270

2000 East Broadway

Columbia MO 65201