

AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD (HIE)

El sistema de Intercambio de Información de Salud (HIE) es un sistema informático seguro que reúne su información de salud protegida (PHI) de diferentes ubicaciones de atención médica en un registro médico electrónico a nivel nacional. La red del sistema HIE brinda a los proveedores participantes acceso a información médica y de salud conductual pasada y presente para tomar mejores decisiones y coordinar mejor la atención con su equipo de atención médica. El sistema HIE se toma muy en serio su privacidad y seguridad. El sistema HIE no almacena ninguno de sus datos clínicos/de salud y utiliza cifrado de extremo a extremo para ayudar a garantizar que sus datos estén seguros. Solo aquellos involucrados en su atención médica o su atención de salud mental/conductual pueden ver su información.

Nombre Legal de la Persona Recibiendo Servicios *

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento*: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Información Médica e información confidencial de PHI

El estado de Connecticut participa en el HIE, lo que significa que la **información de salud médica** (por ejemplo, vacunas, medicamentos, exámenes físicos e información psiquiátrica, etc.) se comparte con otros proveedores médicos a menos que se reciba una opción de exclusión específica.

Además, la **PHI sensible** es la PHI que esta “sujeta a mayores requisitos de confidencialidad en cumplimiento de todas las leyes federales y estatales según sus modificaciones periódicas (por ejemplo, VIH, abuso de sustancias, y expedientes de salud mental).

Los clientes deben autorizar específicamente la divulgación de información de salud protegida.

- Opto** por que Child and Family Agency of Southeastern CT, Inc. (CFA) comparta información desde y hacia el HIE.
- Opto** por que CFA *sólo reciba* documentos del HIE.
- Opto** por que CFA *sólo envíe* documentos del HIE.
- Quiero **excluirme** de cualquier información médica y PHI protegida que se envíe a otros proveedores de atención médica*

Si opto por inscribirme, entiendo y reconozco que mi información médica confidencial estará disponible para los proveedores que utilizan el sistema HIE.

Entiendo que negarme a firmar éste formulario de autorización no afectará mi derecho a obtener servicios presentes y futuros. También entiendo que puedo optar por no participar en HIE en cualquier momento notificando por escrito a CFA sobre el destinatario designado.

Firma*

_____ Fecha: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Relación a la persona recibiendo servicios*

- Yo mismo
- Padre/Madre
- Tutor legal
 - Describe: _____