



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA a través del Sistema de Interoperabilidad de Long Island para el intercambio de información médica de pacientes (Long Island Patient Information eXchange, LIPIX)

En el presente Formulario de Autorización, usted puede escoger si permite a los proveedores de atención médica que aparecen enumerados en el anexo de este Formulario de Autorización ("Proveedores participantes") revelar su historia clínica a través de una red informática que opera el LIPIX y que forma parte de una red informática que cubre todo el estado. Esto podría ayudar a recopilar las historias clínicas que usted tiene en diferentes partes en las que haya recibido atención médica, y ponerlas en una red electrónica donde estarán a la disposición de los médicos que le estén tratando.

Puede utilizar el presente Formulario de Autorización para decidir si permite o no a los Proveedores participantes consultar y tener acceso a su información médica a través de este sistema. Para autorizar a un proveedor acceder a su información médica, debe marcar la casilla que se encuentra junto al nombre de ese proveedor en la lista de Proveedores participantes. Usted puede dar o negar su autorización a todos o a algunos de los Proveedores participantes. Además, puede llenar este formulario ahora mismo o dejarlo para otro momento. **La decisión que tome no influirá sobre su derecho a obtener atención médica ni afectará su cobertura de seguro médico. Su decisión de dar o negar su autorización no puede utilizarse como razón para negarle servicios médicos.**

LIPIX es una organización sin fines de lucro. Comparte de forma electrónica y segura la información médica de las personas con el fin de mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Este tipo de servicio se denomina tecnología de la información médica ("ehealth" o "health IT"). Para saber más acerca de ehealth en el estado de Nueva York, lea el folleto "Better Information Means Better Care". Puede pedir este folleto a un proveedor que participe en el sistema LIPIX o visitar el sitio web www.ehealth4ny.org.

Antes de tomar una decisión, lea con atención la información incluida en las páginas 3 y 4 de este formulario.

Sus opciones con respecto a su autorización. Puede llenar este formulario ahora mismo o en otro momento en el futuro. Usted tiene CUATRO opciones.

SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN: _Recuerde que para que sus decisiones entren en vigor en el sistema LIPIX, hay un plazo de hasta 7 días

1. **AUTORIZO a TODOS los Proveedores participantes para que tengan acceso a TODA** mi información médica electrónica a través del sistema LIPIX con el fin de proporcionarme servicios de atención médica.
2. **AUTORIZO a los Proveedores participantes cuyos nombres he marcado en la lista que aparece al reverso de este Formulario de Autorización para que tengan acceso a TODA** mi información médica electrónica a través del sistema LIPIX con el fin de proporcionarme servicios de atención a la salud. Todos los demás Proveedores participantes pueden acceder a mi información médica electrónica a través del sistema LIPIX **ÚNICAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA.**
3. **NO AUTORIZO a ningún Proveedor para que tenga acceso** a mi información médica electrónica a través del sistema LIPIX, **SALVO EN CASO DE EMERGENCIA.**
4. **NO AUTORIZO a ningún Proveedor para que tenga acceso** a mi información médica electrónica a través del sistema LIPIX, ni siquiera en caso de emergencia.

Firma del paciente o del representante autorizado por el paciente

Fecha

Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta) y relación con el paciente (si procede)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Nombre del paciente (en letra de imprenta) / Printed name of Patient

Fecha de nacimiento del paciente / Patient Date of Birth

Personal autorizado únicamente/ Authorized Staff Only:

Centro/Facility: _____

MRN #:

--	--	--	--	--	--	--	--

Únicamente el sistema LIPIX y sus proveedores de atención médica usarán su dirección de correo electrónico para ponerse en contacto con usted acerca de sus tratamientos médicos o su información médica personal. Usted recibirá un enlace de correo electrónico con el que podrá configurar una cuenta segura y gratuita. Sólo usted debe tener acceso a la dirección de correo electrónico que nos proporcione. Por nuestra parte, le garantizamos que NUNCA venderemos ni divulgaremos su dirección de correo electrónico.

Personal autorizado únicamente: Colocar aquí el sello o la calcomanía / Authorized Staff Only Place Stamp or Sticker Here



Nombre del paciente/Patient Name: _____ Fecha/Date: _____

Proveedores participantes

Tenga presente que si seleccionó la primera opción que aparece la página 1, NO es necesario que llene esta página.

SISTEMAS DE SALUD		
<input type="checkbox"/>	Catholic Health Services of Long Island - incluye a los siguientes proveedores:	
	Catholic Home Care	St. Catherine of Siena Nursing Home
	Good Samaritan Hospital Medical Center	St. Catherine of Siena Medical Center
	Good Samaritan Nursing Home	St. Charles Hospital
	Good Shepherd Hospice	St. Francis Hospital – The Heart Center
	Mercy Medical Center	St. Joseph Hospital (formally New Island Hospital)
	Our Lady of Consolation Nursing & Rehabilitation	
<input type="checkbox"/>	North Shore - Long Island Jewish Health System - incluye a los siguientes proveedores:	
	Forest Hills Hospital	North Shore-LIJ Radiology Services, PC
	Franklin Hospital	North Shore Ophthalmology, PC
	Glen Cove Hospital	North Shore Radiology at Glen Cove, PC
	Hospice Care Network, Inc	North Shore University Hospital Manhasset & Syosset Campus
	Huntington Hospital Association	NSUH Stern Family Ctr. for Extended Care & Rehabilitation
	Huntington Hospital - Dolan Family Health Center, Inc.	ORZAC Ctr. for Extended Care & Rehabilitation (division of Franklin Hosp)
	Lenox Hill Hospital	Plainview Hospital
	Long Island Jewish Medical Center (LIJ)	Region Care, Inc.
	North Shore - Long Island Jewish Health Care, Inc.	Southside Hospital
	North Shore - Long Island Jewish Health System, Inc.	Schneider Children's Hospital (a division of LIJ)
	North Shore - Long Island Jewish Health System Laboratories	Sports Physical Therapy & Rehabilitation of the North Shore, PLLC
	North Shore Cardiovascular and Thoracic Surgery, PC	Staten Island University Hospital
	North Shore Imaging Associates, PC	The Elmezzi Graduate School of Molecular Medicine
	North Shore - Long Island Jewish Medical Care, PLLC	The Feinstein Institute for Medical Research
<input type="checkbox"/>	NuHealth - incluye a los siguientes proveedores:	
	Nassau University Medical Center	Long Island Federally Qualified Health Centers, Inc.:
	A. Holly Patterson Extended Care Facility	Elmont Family Health Center
		Roosevelt/Freeport Family Center
		Hempstead Health Center
		Westbury Health Center
<input type="checkbox"/>	Sound Shore Medical Center of Westchester - incluye a los siguientes proveedores:	
	Sound Shore Medical Center	Helen and Michael Schaffer Extended Care
	The Mount Vernon Hospital	
HOSPITALES		
<input type="checkbox"/>	Brookhaven Memorial Hospital Medical Center	
<input type="checkbox"/>	John T. Mather Memorial Hospital	
<input type="checkbox"/>	Long Beach Medical Center	
<input type="checkbox"/>	South Nassau Communities Hospital	
<input type="checkbox"/>	The New York Hospital Medical Center of Queens	
PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PROLONGADA		
<input type="checkbox"/>	Cold Spring Hills Center for Nursing and Rehabilitation	
<input type="checkbox"/>	Huntington Hills Center for Health & Rehabilitation	
<input type="checkbox"/>	Parker Jewish Institute for Health Care and Rehabilitation	
<input type="checkbox"/>	The Long Island Home / Broadlawn Manor Nursing & Rehabilitation Center	
<input type="checkbox"/>	The Silvercrest Center for Nursing & Rehabilitation	
<input type="checkbox"/>	Visiting Nurse Service of New York	
CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Y PROVEEDORES DE SALUD MENTAL		
<input type="checkbox"/>	Allied Pediatrics of New York P.L.L.C.	
<input type="checkbox"/>	Family Service League, Inc.	
<input type="checkbox"/>	Fountain Medical Group	
<input type="checkbox"/>	ProHEALTH Care Associates LLP	
<input type="checkbox"/>	Queens-Long Island Medical Group, P.C.	
CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA OTROS		
<input type="checkbox"/>	Gramercy MRI and Diagnostic Radiology, PC	
<input type="checkbox"/>	Lenox Hill Radiology and Medical Imaging Associates, PC	
<input type="checkbox"/>	Metropolitan Diagnostic Imaging, PC	
<input type="checkbox"/>	NRAD	
<input type="checkbox"/>	Park West Radiology, PC	
<input type="checkbox"/>	Queens Medical Imaging, PC	
<input type="checkbox"/>	Regency Medical Imaging, PC	

Información detallada acerca de los datos del paciente en el sistema LIPIX y el proceso de autorización:

1. **¿Qué uso se dará a su información?** Los Proveedores participantes a los que usted autorice usarán su información médica electrónica para:
 - Proporcionarle tratamiento médico y servicios conexos.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben todos los pacientes.**NOTA: La decisión que tome en este Formulario de Autorización NO autorizará a las compañías de seguros médicos para que tengan acceso a su información con el fin de decidir si aceptan asegurarlo o pagar sus cuentas. Usted puede tomar esa decisión en un Formulario de Autorización aparte que deberán usar las compañías de seguros médicos.**

2. **¿Qué tipo de información acerca de usted se incluye en el sistema?** Si usted da su autorización, los Proveedores participantes a los que autorice tendrán acceso a TODA la información médica electrónica sobre usted que esté disponible a través del sistema LIPIX, incluyendo la información que se haya recopilado antes y después de la fecha que figura en el presente Formulario de Autorización. Sus historias clínicas pueden incluir la historia de las enfermedades o lesiones que usted haya sufrido (como, por ejemplo, diabetes o fracturas), resultados de pruebas clínicas (como, por ejemplo, radiografías y análisis de sangre) y listas de los medicamentos que usted haya tomado. Esta información puede referirse a enfermedades de índole delicada, como, por ejemplo:
 - Problemas de alcoholismo o drogadicción
 - Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
 - Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades mentales
 - Enfermedades de transmisión sexual

3. **¿De dónde procede la información médica acerca de usted?** La información sobre usted procede de aquellos lugares donde ha recibido atención médica o de su seguro médico (“Fuentes de información”). Las fuentes de información pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros médicos, el programa Medicaid y otras organizaciones *ehealth* que intercambian información médica a través de medios electrónicos. Igualmente, si usted participa en una red de historias clínicas personales electrónicas que colabora con el sistema LIPIX, la información acerca de usted puede provenir de esa historia clínica personal electrónica. El sistema LIPIX pone a su disposición una lista completa actualizada de las fuentes de información. Dependiendo de las políticas internas y la situación actual de su integración con el sistema LIPIX, las fuentes de información pueden compartir sólo algunos o ninguno de los datos que tienen sobre usted. Conforme a la política del sistema LIPIX, los Participantes que aparecen en la lista anexa compartirán la información sobre usted en situaciones que no sean emergencia únicamente si usted ha seleccionado autorizarlos para que tengan acceso a su información médica electrónica a través del sistema LIPIX. Puede conseguir una lista actualizada de las fuentes de información en cualquier momento que lo desee en el sitio web del sistema LIPIX www.lipix.org o pedirla por teléfono llamando al (877)MY-LIPIX [877-695-4749].

4. **¿Quién podrá tener acceso a la información acerca de usted, si usted lo autoriza?** Únicamente las siguiente personas podrán acceder a la información acerca de usted: médicos y otros profesionales médicos especializados en la atención y el cuidado de ciertas enfermedades, que formen parte del personal médico de un Proveedor participante aprobado y que le brinden atención médica; proveedores de servicios médicos que estén de guardia o sustituyan a los médicos de un Proveedor participante autorizado, y miembros del personal de un Proveedor participante que lleven a cabo las actividades permitidas por medio del presente Formulario de Autorización, tal como se describe arriba en el primer párrafo.

5. **Sanciones por uso indebido de su información o acceso indebido a su información.** Existen sanciones previstas para el uso indebido de o el acceso indebido a su información médica electrónica. Si en algún momento usted sospecha que alguna persona que no debería haber visto su información o que no debería haber tenido acceso a su información la ha visto, llame a uno de los Proveedores participantes que haya autorizado para que tenga acceso a sus historias clínicas; visite el sitio web del sistema LIPIX www.lipix.org o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York por el (877)690-2211.

6. **Divulgación posterior de la información.** Un Proveedor participante puede revelar a otros cualquier información médica electrónica acerca de usted únicamente dentro de lo permitido por las leyes y los reglamentos estatales y federales. Este principio se aplica también a la información médica sobre usted que se encuentre registrada en un soporte de papel. Algunas leyes estatales y federales disponen salvaguardas especiales para algunos tipos de información médica delicada, como, por ejemplo, el VIH/SIDA y los tratamientos para la drogadicción o el alcoholismo. Los requisitos especiales de estas leyes deben respetarse siempre que se comunique a otra persona este tipo de información médica delicada. El sistema LIPIX y las personas que tienen acceso a esta información a través del sistema LIPIX deben cumplir estos requisitos.

7. **Cómo revocar su autorización.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Para ello, tiene que firmar un Formulario de Revocación de Autorización y entregarlo a uno de los Proveedores participantes o directamente al sistema LIPIX. También puede modificar en cualquier momento las opciones de autorización que seleccionó en primer lugar mediante un nuevo Formulario de Autorización. Recuerde que la revocación de su autorización o las modificaciones que decida hacer pueden tomar hasta 7 días en entrar en vigor. Puede conseguir estos formularios en el sitio web del sistema LIPIX www.lipix.org o solicitarlos por teléfono llamando al (877)MY-LIPIX [877-695-4749]. **Nota: Las organizaciones que tienen acceso a la información médica sobre usted a través del sistema LIPIX mientras esté en vigor la autorización que usted les conceda pueden copiar o incluir sus datos en sus propias historias clínicas. Incluso en el caso de que usted decida revocar más adelante su autorización, esas organizaciones no están obligadas a retirar esos datos de sus propios registros.**
8. **Copia del Formulario.** Usted tiene derecho a obtener una copia del presente Formulario de Autorización después de haberlo firmado. Para conseguirlo, póngase en contacto con el sistema LIPIX llamando a los teléfonos (877)MY-LIPIX [877-695-4749].
9. **Vigencia.** El presente Formulario de Autorización seguirá en vigor hasta que usted retire su autorización o hasta el momento LIPIX deja de funcionar.
10. **Dirección y Fax:** 347 W. 36th St, Suite 201, New York, NY 10018. Fax: 212-409-8614.