

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE MEMORIAL HERMANN (MHiE) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Propósito: El MHiE es una red para el intercambio de información sobre la salud desarrollada por Memorial Hermann Healthcare System. Los Miembros de intercambio incluyen hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico, que pueden compartir electrónicamente la información médica y otra información sobre la salud individualmente identificable acerca de los pacientes, con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Nosotros también somos Miembros de intercambio de MHiE y solicitamos su autorización para compartir la información sobre su salud con otros Miembros a través de MHiE. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación electrónica de la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHiE con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Si usted rechaza firmar este Consentimiento, no nos negaremos a brindarle tratamiento o cuidado. Sin embargo, si usted no lo firma, no podremos compartir electrónicamente la información sobre su salud con sus proveedores de cuidado de la salud que participan en el MHiE como Miembros de intercambio.

Instrucciones: Si usted acepta permitirnos que divulguemos la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHiE, llene las partes correspondientes de este Consentimiento y firmelo.

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Información que se divulgará; propósito del Consentimiento para la divulgación

Yo, _____ [nombre del paciente], por este medio doy mi consentimiento a la divulgación de mi información médica, de salud y de visitas a todos y cada uno de los proveedores del Memorial Hermann Healthcare System (colectivamente denominados el "Proveedor") a otros proveedores participantes en el MHiE (Miembros de intercambio) que soliciten tal información con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Entiendo que la información a divulgar incluye registros médicos y de facturación utilizados para tomar decisiones acerca de mi persona.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE AL PROVEEDOR A REVELAR TODOS LOS TIPOS Y CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE MI SALUD A OTROS PROVEEDORES DE CUIDADO DE LA SALUD PARTICIPANTES EN MHiE, CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIÓN DE SISTEMAS DE CUIDADO DE LA SALUD [LO CUAL INCLUYE, SIN LIMITACIÓN, MIS REGISTROS SOBRE ALCOHOL Y TRATAMIENTO, ABUSO DE DROGAS, SALUD MENTAL Y VIH/SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SEGÚN CORRESPONDA].

Ausencia de condiciones: Este Consentimiento es voluntario. No condicionaremos su tratamiento a la recepción de este Consentimiento. **NO OBSTANTE, SI USTED NO LO FIRMA [O NO ANOTA SUS INICIALES] EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES, NO PODRÁ PARTICIPAR EN MHiE.**

Effect of Granting this Consent: This Consent permits all MHiE Exchange Members to access your health information. Exchange Members of the MHiE are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Plazo de vigencia y revocación Este Consentimiento continuará siendo válido a menos que usted lo revoque. Usted puede revocar este Consentimiento en cualquier momento completando la notificación de revocación de MHiE. Para obtener una notificación de revocación de MHiE, llame al 713-456-MHiE (6443). La revocación de este Consentimiento *no* afectará ninguna medida que hayamos tomado basándonos en este Consentimiento antes de recibir su notificación de revocación. Asimismo, tal revocación no tendrá ningún efecto sobre la información personal sobre su salud que ya se haya hecho disponible a los Miembros de intercambio durante el plazo en el cual su Consentimiento haya estado vigente.

FIRMA DEL PACIENTE

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento. Entiendo que, al firmarlo, confirmo mi autorización y consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal sobre mi salud, tal como se describe en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación o parentesco con el paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO. Incluir este Consentimiento en los registros del paciente.

Official Use Only:

