

Consentimiento de intercambio electrónico de información de salud

(Consent for Electronic Health Information Exchange (HIE) – Spanish)

Doy mi consentimiento para que Children's Minnesota y mis proveedores obtengan y compartan electrónicamente mi información de atención médica o la de mi hijo con el fin de coordinar mi atención y tratamiento o los de mi hijo.

Este consentimiento permite a Children's y sus proveedores: 1) solicitar y obtener electrónicamente mis registros de salud o los de mi hijo de otros proveedores de atención médica que me hayan brindado atención y tratamiento a mí o a mi hijo; y 2) hacer que mis registros médicos de Children's o los de mi hijo estén disponibles electrónicamente para otros proveedores de atención médica que me brindan atención a mí o a mi hijo.

Estos registros pueden incluir pruebas, diagnósticos, tratamientos, documentos de identificación y de registro creados en el curso de la prestación de servicios para todas las afecciones médicas y de salud, incluidos, entre otros, los antecedentes médicos familiares, las historias clínicas del paciente y/o familiares de trastornos mentales y de comportamiento, discapacidades del desarrollo, consumo/abuso/dependencia de drogas recreativas o ilícitas, enfermedades de transmisión sexual u otros aspectos de índole social.

Si tiene preguntas específicas sobre cómo se debe usar o divulgar su información de salud o la de su hijo, esas preguntas no se pueden hacer a través del intercambio electrónico de información de salud. Debe discutir esas preguntas específicas con sus otros proveedores de atención médica.

Localizador de registros del proveedor

Un servicio de localización de registros de salud ayuda a su proveedor de atención médica a determinar dónde recibió la atención. Doy mi consentimiento a Children's y a mis proveedores para acceder a mi información en un localizador de registros. También doy mi consentimiento a Children's y a mis proveedores para que mi información esté disponible en un localizador de registros para que otros proveedores de atención médica puedan buscarla y brindarme atención y tratamiento.

Si no desea que Children's y sus proveedores utilicen un localizador de registros para acceder y compartir su información de salud, debe marcar esta casilla.

Puede cancelar o revocar este consentimiento si escribe a: Health Information Management, Children's Minnesota, 5901 Lincoln Drive (Mail Stop CBC-2-HIM) Edina, MN 55436. Si este consentimiento se cancela o revoca, ello no cambiará las divulgaciones que ya hayan ocurrido antes de recibir su cancelación por escrito.

Firma

Fecha

Consentimiento telefónico obtenido por (Nombre/Fecha/Hora): _____



PLACE PATIENT LABEL HERE