

**Autorización por única vez para acceder a información clínica de un menor**

---

Departamento de Salud del Estado de Nueva York      **A través de una Organización de Intercambio de Información Clínica**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Domicilio del paciente		

Elijo permitirle a la organización mencionada anteriormente, donde me encuentro recibiendo atención clínica en el día de la fecha consistente en servicios respecto de los cuales, en mi condición de menor de edad, estoy legalmente autorizado para prestar mi consentimiento, para poder acceder a mi historia clínica a través de las organizaciones de intercambio de información de salud denominadas HealtheConnections y Hixny. Entiendo que a mi historia clínica procedente de distintos lugares en los que recibo atención médica se podrá acceder por esta única vez, a los efectos de que mi proveedor de servicios para menores pueda contar con la información necesaria para poder brindarme la mejor atención clínica posible.

**Al firmar a continuación, estoy prestando mi consentimiento para que la organización mencionada más arriba acceda POR ÚNICA VEZ a todos mis registros electrónicos que contengan información clínica a través de HealtheConnections y Hixny a los efectos de poder acceder a mi historia clínica y así proveerme de los servicios de atención médica consentidos por un menor.**

Firma del Paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta	

Han respondido a mis preguntas sobre este formulario y se me ha facilitado una copia del mismo en caso de pedirlo.

\* Una lista de organizaciones que componen WMCHHealth se encuentra en la última página de este formulario

## Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealthConnections y Hixny, y el proceso de consentimiento:

- Cómo se podrá usar tu información.** Tu información clínica electrónica se utilizará **únicamente** durante esta visita destinada a recibir el tratamiento consistente en los **servicios consentidos por un menor**.
- ¿Qué tipos de información sobre ti están incluidos?** Si tú prestas tu consentimiento, la Organización Provedora mencionada podrá acceder POR ÚNICA VEZ A TODA tu información clínica electrónica disponible a través de HealthConnections. Dicha información incluye la generada tanto antes como después de la fecha de firma del presente formulario. Tu historia clínica podría incluir los antecedentes de enfermedades o lesiones que tú hayas tenido (como diabetes o fracturas), resultados de pruebas diagnósticas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que hayas tomado. Esta información también podría incluir afecciones médicas delicadas, como ser, entre otras:

Problemas relacionados con el consumo de drogas o alcohol	VIH/SIDA
Control de natalidad y aborto (planificación familiar)	Trastornos de salud mental
Enfermedades hereditarias y estudios genéticos	Enfermedades de transmisión sexual

Si tú has recibido atención por abuso de drogas o alcohol, tu historia clínica podría incluir información relacionada con tus diagnósticos sobre abuso de drogas o alcohol, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, antecedentes de consumo de sustancias, antecedentes de traumatismos, altas hospitalarias, antecedentes laborales, condiciones de vida y apoyos sociales, así como también tu historial de reclamos ante seguros de salud.
- ¿De dónde proviene tu información clínica?** Tu información proviene de los lugares donde tú hayas recibido atención médica o de tu seguro de salud. Dichos lugares pueden ser hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro de salud y demás organizaciones que intercambian información clínica por medios electrónicos. Un listado completo y actualizado se encuentra disponible en el sitio web de HealthConnections o Hixny o por llamándolos a los números que figuran abajo.
- ¿Quiénes pueden acceder a tu información, si tú has prestado tu consentimiento?** Sólo los médicos y demás integrantes del personal de la Organización a la que tú le hayas dado tu consentimiento para acceder y que llevan a cabo las actividades permitidas en virtud de este formulario tal como se describe más arriba en el párrafo uno.
- Acceso de organismos de salud pública e instituciones dedicadas al abastecimiento de órganos.** Tanto los organismos de salud pública federales, estatales o locales y determinadas instituciones dedicadas al abastecimiento de órganos están autorizadas por ley para acceder, para fines concernientes a la salud pública y el trasplante de órganos, a la información clínica sin necesidad de contar con el previo consentimiento del paciente. Estas entidades pueden acceder a tu información a través de HealthConnections o Hixny para estos fines sin importar si tú has prestado o denegado tu consentimiento o bien no hayas completado un formulario de consentimiento.
- Penalidades por acceso o uso inapropiado de tu información.** Existen penalidades por acceso o uso inapropiado de tu información clínica electrónica. Si en cualquier momento tú sospecharas que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a tu información lo pudiere haber hecho, llama a la Organización Provedora o visita los sitios en Internet de HealthConnections o Hixny; o comunícate con el Departamento de Salud del NYS al 518-474-4987; o bien sigue el proceso de sustanciación de denuncias de la Oficina federal para los Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Redivulgación de la información.** Toda organización a la cual tú le hayas prestado tu consentimiento para acceder a tu información clínica podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida en que así se lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Sólo se podrá acceder y únicamente volver a divulgar la información relacionada con tratamientos de abusos de drogas o alcohol o la información confidencial relacionada con el VIH si se ha adjuntado las correspondientes declaraciones requeridas para determinar la prohibición de tal redivulgación. **La información sobre los servicios que tú has consentido recibir no podrá compartirse con tus padres ni tutores salvo que desees que la información se comparta y tú prestes su consentimiento para ello.**
- Plazo de vigencia.** El presente Formulario de Consentimiento permanecerá vigente ÚNICAMENTE mientras dure el tratamiento recibido en la fecha de firma del presente y consistente en los servicios consentidos por el menor.
- Copia del Formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia del presente Formulario de Consentimiento.

### Para contactar con HealthConnections o Hixny:

HealthConnections	<a href="http://www.healthconnections.org">www.healthconnections.org</a>	315-671-2241 x 5
Hixny	<a href="http://www.hixny.org">www.hixny.org</a>	518-640-0021

\*Definición. Al firmar este formulario de consentimiento, permites que los proveedores, empleados, agentes y miembros del personal médico del proveedor de WMCHHealth que visitas hoy accedan a sus registros médicos a través de organizaciones de intercambio de información de salud. A continuación, se incluye una lista de entidades proveedoras afiliadas a WMCHHealth. Más información sobre las ubicaciones de WMCHHealth está disponible en <https://www.wmchealth.org/contact-us>

- Westchester Medical Center que incluye:  
    Maria Fareri Children's Hospital  
    Behavioral Health Center
- MidHudson Regional Hospital
- Good Samaritan Hospital of Suffern, N.Y.
- St. Anthony Community Hospital, Warwick, New York
- Bon Secours Community Hospital
- St. Francis at the Knolls (Mt. Alverno Center)
- Villa Frances at the Knolls (Schervier Pavilion)
- HealthAlliance Hospital
- Margaretville Hospital
- Mountainside Residential Care Center
- Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C.
- Bon Secours Charity Health System Medical Group, P.C.
- North Road LHCSA