

# Intercambio de información de pacientes del Hogar médico (Health Home) Retiro del consentimiento

Nombre de la organización de proveedores del Hogar médico (Health Home) \_\_\_\_\_

Mediante la firma de este formulario afirmo que no deseo participar en el programa Hogar médico (Health Home) \_\_\_\_\_.

Nombre del Hogar médico

Ya que no participaré más en el programa Hogar médico, mediante la firma de este formulario también retiro mi autorización para que el programa Hogar médico comparta mi información de salud personal con proveedores y otras personas que forman parte del programa, incluyendo la Regional Health Information Organization (Organización Regional de Información del Área de la Salud o RHIO, por sus siglas en inglés) y/o el sistema computarizado PSYCKES (Sistema de mejora de los servicios psiquiátricos y el conocimiento clínico) de la Office of Mental Health (Oficina de Salud Mental u OMH, por sus siglas en inglés) y/o el sistema informático TABS/CHOICES de la Office for People With Developmental Disabilities (Oficina para las Personas con Discapacidades de Desarrollo). Si he firmado un formulario de consentimiento por separado con RHIO y/o PSYCKES y/o TABS/CHOICES, mi autorización para compartir mi información de salud personal con proveedores y otros a través de RHIO y/o PSYCKES y/o TABS/CHOICES continuará. Entiendo que los proveedores que ya cuentan con mi información de salud no tienen que devolvérmela ni retirarla de sus registros. Sin embargo, los proveedores de atención médica a domicilio ya no pueden obtener, ver, leer, copiar ni intercambiar mi información de salud después de la fecha en que firmo este formulario. Tengo conocimiento de que la "información de salud personal" puede incluir información de salud, información de salud mental, información sobre trastornos del desarrollo, información sobre tratamientos por abuso de alcohol o sustancias y/o información de VIH/SIDA.

Soy consciente de que mi información de salud personal seguirá bajo la protección de las leyes y normas de Nueva York y de los Estados Unidos. Los asociados del programa Hogar médico que cuentan con mi información de salud deben cumplir con todas estas leyes.

Asimismo, tengo en cuenta que poner fin a mi participación en el programa Hogar médico no me impedirá recibir atención médica u otros servicios de administración de atención médica.

Cualquier formulario de consentimiento del Hogar médico previamente firmado por mi persona queda anulado mediante el presente.

Escribir con letra imprenta el nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Escribir con letra imprenta el nombre del representante legal  
(en caso de ser aplicable)

Relación del representante legal con el paciente  
(en caso de ser aplicable)

## Detalles sobre la información del paciente y el proceso de retiro del consentimiento

### 1. ¿Cómo utilizarán los asociados mi información?

Los asociados ya no pueden usar su información de salud.

### 2. ¿Qué sucederá con mi información de salud?

Su información de salud será guardada por los proveedores que ya cuentan con su información, pero aún deben protegerla cumpliendo con las leyes y normas de Nueva York y de los Estados Unidos.

### 3. ¿Qué leyes y normas cubren la manera en que se puede intercambiar mi información de salud?

Estas leyes y reglamentos son el Artículo 6530(23) de la Ley de Educación de Nueva York, el Artículo 33.13 de la Ley de Higiene Mental, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de Nueva York, La Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996, los Artículos 160 y 164 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales y los reglamentos federales de confidencialidad en el Artículo 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales.

### 4. ¿Quién puede obtener y ver mi información después de haber retirado mi consentimiento?

Nadie puede obtener nueva información de salud sobre su persona, sin embargo, la información que ya ha sido divulgada no puede recuperarse. Las personas que pueden ver información de salud ya divulgada son: aquellas personas que formaron parte del servicio del Hogar médico antes que usted retirara su consentimiento, por ejemplo médicos y otras personas que trabajan para un asociado del programa de atención médica y quienes estuvieron involucrados en su cuidado de salud; proveedores de atención médica que están trabajando para un asociado del programa de atención médica que le brindó atención médica; y personas que trabajan para un asociado del programa de atención médica que le brindó atención médica para ayudarlos a verificar su seguro de salud o evaluar y realizar una mejor atención médica para todos los pacientes. Asimismo, si recibió atención por parte de una persona que no era su médico o proveedor habitual, como por ejemplo una farmacia nueva, hospital nuevo, u otro proveedor, cierta información, como por ejemplo lo que paga su plan de salud o el nombre de su proveedor de atención médica, puede haber sido proporcionada a estas personas o vista por ellas.

**5. ¿Qué sucede si una persona utiliza mi información y yo no estuve de acuerdo con permitirles utilizarla?**

Si esto ocurre, usted puede:

- llamar a la línea de ayuda Medicaid al 1-800-541-2831; o
- comunicarse con el US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles) llamando al 1-800-368-1019 o presentar una queja escrita en: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

También puede:

- llamar a uno de los proveedores que usted dijo que pueden ver sus expedientes;
- llamar a su administrador de atención médica o del Hogar médico: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; o
- llamar a su Plan de salud administrado si usted pertenece a dicho plan.

**6 ¿Qué vigencia tiene mi retiro del consentimiento?**

Su retiro del consentimiento será válida hasta el día en que firme un nuevo consentimiento para un Hogar médico.

**7. ¿Qué sucede si cambio de opinión después y quiero participar en un programa Hogar médico y compartir mi información médica?**

Si cambia de opinión, sírvase informar a su plan de salud o a su antiguo programa Hogar médico del interés en recibir nuevamente atención médica del Hogar médico.

**8. ¿Cómo puedo obtener una copia de este formulario?**

Después de firmar este Formulario de retiro del consentimiento, usted puede solicitar una copia, la cual le será entregada.