



## AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HEALTH INFORMATION EXCHANGE AUTHORIZATION – SPANISH)

La entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales participan en un intercambio de información de salud llamado Care Everywhere. El objetivo de Care Everywhere es mejorar la coordinación y la calidad de los servicios de atención médica que usted recibe proporcionando a sus proveedores de atención médica información sobre su salud actual y sus antecedentes médicos. Esto permite que los proveedores de atención médica tomen decisiones más informadas sobre su atención y ayuda a reducir los errores médicos y la duplicación de estudios.

**Al completar y firmar esta Autorización, autorizo a la entidad Hoag seleccionada anteriormente y a sus filiales a revelar mi información médica para los fines y a los destinatarios designados en esta Autorización.**

### Información del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Finalidad de la revelación y destinatarios:** Al firmar esta Autorización, autorizo a los miembros anteriores, actuales o futuros de mi equipo de atención a revelar mi información de salud mediante Care Everywhere para que me brinden atención médica y tratamiento. El término "tratamiento" incluye actividades relacionadas con la prestación o la coordinación de la atención médica y los servicios relacionados por uno o más miembros de mi equipo de atención, incluida la remisión o la interconsulta por cualquier afección para la que pueda recibir atención.

**Información que se revelará:** Toda la información que la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales tienen sobre mí de todas y cada una de las fechas de tratamiento o servicio, lo que incluye, por ejemplo, información sobre citas, notas de consulta, resúmenes de alta, planes de atención, resultados quirúrgicos, de patología o pruebas de laboratorio, alergias, medicamentos, listas de problemas, vacunas y procedimientos. **Esto incluirá información relacionada que pueda ser especialmente delicada para mí, como información de salud mental, resultados de pruebas de VIH/sida, información genética e información sobre el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.**

### Entiendo y acepto que:

- Esta Autorización es voluntaria. Si no la firmo, esto no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios en la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales. Sin embargo, entiendo que mi decisión de no firmar la Autorización no afectará a la capacidad de la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales para revelar mi información mediante Care Everywhere cuando la ley aplicable no exija mi autorización.
- Puedo revocar o cancelar esta Autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito en la entidad Hoag donde la firmé originalmente, excepto en la medida en que otras personas ya hayan actuado en virtud de esta Autorización. Entiendo que, incluso si revoco mi Autorización, los proveedores de atención médica que hayan accedido a mi información de salud pueden haberla incluido en sus registros y no están obligados a eliminarla.
- Los destinatarios pueden seguir revelando la información que se utilice o revele en virtud de esta Autorización, y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad aplicables.
- Esta Autorización vencerá cuando la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales dejen de participar en Care Everywhere o cuando yo la revoque por escrito, lo que ocurra primero.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma del Paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si la persona que firma no es el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta (Representante Legal): \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal (*Staff Signature*): \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_ Hora/Time: \_\_\_\_\_

#### HIE AUTHORIZATION FORM

Form# 8034-S

Rev 12/01/21

PATIENT LABEL



[0002]