



EXPLICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE ESTE FORMULARIO

Esta organización de atención médica es un miembro de CapitalCare Collaborative (CCC por sus siglas en inglés). El CCC es un grupo de organizaciones que trabajan juntas para mejorar la salud de las personas con escasa atención médica en la región. Las organizaciones miembro del CCC quieren que las personas en Wake County tengan servicios de atención médica de calidad, sin importar su capacidad de pago. Los miembros actuales del CCC, a quienes nosotros nos referimos como "Proveedores Participantes", incluyen los siguientes:

- Alliance Medical Ministry
- Duke Raleigh Hospital
- Rex Healthcare
- Urban Ministries of Wake County Open Door Clinic
- Wake County Human Services
- Wake Co. Medical Society (incluyendo el Project Access y Community Care of NC)
- Wake Health Services, Inc.
- WakeMed Health & Hospitals
- Shepherd's Care Medical Clinic
- Mariam Clinic

Podrían agregarse otros Proveedores Participantes al CCC en el futuro.

Todos los Proveedores Participantes del CCC están vinculados por una base de datos computarizada que les permite recolectar información acerca de pacientes y su tratamiento, y compartir esta información, en forma confidencial y segura, con otros Proveedores Participantes del CCC que tratan a esos pacientes. Los Proveedores Participantes y el personal involucrado en su atención tienen el acceso autorizado a sus registros de salud para proporcionar y coordinar su atención médica. Además, se les proporcionará a los Proveedores Participantes, CCC, y sus empleados, agentes y socios comerciales la información mínima necesaria para permitirles determinar su elegibilidad para Medicaid, Programas de Asistencia para Recetas, y otros servicios comunitarios o públicos, para manejar sus empresas y mejorar sus servicios a los pacientes, y para ofrecer otros servicios relacionados con la comunidad.

El compartir información suya con sus proveedores de atención médica ayuda a ofrecer una mejor atención.

- Ellos pueden comprender mejor sus antecedentes médicos. Eso les ayuda a realizar un mejor diagnóstico informado para un mejor tratamiento de las enfermedades.
- Evita que ellos le realicen pruebas duplicadas, o le den medicamentos duplicados que usted podría no necesitar.
- Podría ayudar a que usted califique para descuentos en medicamentos recetados.

Su información no será compartida a menos que usted firme este formulario de autorización. Estos proveedores no pueden condicionar su tratamiento al hecho de si usted firma o no este formulario.

Por favor lea este formulario cuidadosamente, y realice preguntas si usted no lo comprende. El formulario describe qué información confidencial puede ser compartida, quién la puede ver, y cuáles son sus derechos con respecto a su información confidencial que es compartida, incluyendo cómo cancelar su autorización.



Autorización del Paciente a Compartir Información Personal y Médica

Yo doy mi permiso a CapitalCare Collaborative (CCC) y a sus Proveedores Participantes, sus empleados, agentes y socios comerciales para compartir información relacionada con mi salud, mi tratamiento médico y mis finanzas. La lista actual de Proveedores Participantes del CCC se adjunta a este formulario (Adjunto A).

Ejemplos de Información a ser Compartida:

- Nombre del Paciente domicilio, número de teléfono, correo electrónico, sexo, edad, fecha de nacimiento, raza/origen étnico, número del Seguro Social, antecedentes de vacunación, alergias, y contactos de emergencia.
- Diagnóstico de enfermedades y afecciones médicas, incluyendo pero no limitado a:
 - enfermedades mentales (excluyendo notas de psicoterapia);
 - abuso de sustancias;
 - adicción;
 - VIH/SIDA;
 - enfermedades comunicables y de transmisión sexual;
 - tuberculosis;
 - embarazo o interrupción del embarazo;
- Registros de médicos, hospitales, clínicas e instalaciones en las cuales el paciente recibió tratamiento, ahora o antes.
- Registro de tratamiento médico, hospitalización, cirugía, procedimientos diagnósticos (análisis de laboratorio, rayos x, ecografías, etc.), medicamentos recetados, dispositivos médicos y servicios relacionados.
- Información con respecto a los ingresos del paciente, condición del seguro, elegibilidad para programas de asistencia pública, beneficios o reclamos del seguro y otra información financiera.

Por Qué Son Compartidos Los Registros Médicos y Otros

A través del CCC, los proveedores de atención médica y el personal autorizado tienen acceso inmediato a los registros de salud del paciente cuando existe una necesidad de información. Ver los antecedentes médicos del paciente puede eliminar pruebas y derivaciones innecesarias, e informa a los proveedores acerca de alergia, afecciones relacionadas con la salud, y medicamentos del paciente. Los informes de atención reciente ayudan a los proveedores a saber dónde, cuándo y por qué el paciente recibió el tratamiento y si el paciente debe recibir pruebas o atención adicional. El registro compartido además proporciona información consolidada acerca de la elegibilidad del paciente para, y si se beneficia de, programas públicos de atención médica y servicios comunitarios. El hecho de firmar este formulario de autorización también permitiría al CCC contactar a los programas públicos y organizaciones de servicios comunitarios, en nombre del paciente, revelando solamente la cantidad mínima de información necesaria, para los servicios que están relacionados con las necesidades de atención médica, como por ejemplo planificación de salud comunitaria y provisión de comentarios a los Proveedores Participantes acerca de cómo se están desempeñando en relación a los objetivos del CCC.

Los Pacientes Eligen Participar

Su proveedor le solicitará que firme esta autorización para que su información sea incluida en la base de datos del CCC. Si usted firma el formulario, éste es válido durante dos años. **Su decisión acerca de si participar o no en la base de datos del CCC es completamente VOLUNTARIA. Ningún Proveedor Participante puede condicionar su tratamiento al hecho de si usted firma o no este formulario.** Si usted no firma el formulario, los Proveedores Participantes del CCC no compartirán su información a través de la base de datos entre ellos a menos que usted proporcione autorización para que lo hagan en un momento posterior. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento al completar el Formulario de Cancelación, que usted puede obtener de cualquier Proveedor Participante. La cancelación no afecta la información ya compartida y está vigente solamente después de que el CCC reciba un Formulario de Cancelación apropiadamente llenado y desactive la información en la base de datos.

Seguridad y Privacidad de la Información

Las leyes federales y estatales exigen que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y seguridad de la información del paciente. El CCC utilizará y mantendrá medidas de protección apropiadas para proteger la información en la base de datos. Los pacientes recibirán el Aviso de las Prácticas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPPA por sus siglas en inglés) de los Proveedores Participantes, cuando sea aplicable, que proporciona información adicional acerca de las políticas respectivas de confidencialidad de los proveedores. La información divulgada a los Proveedores Participantes basada en esta Autorización puede ser nuevamente divulgada de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables.

Autorización del Paciente

- Comprendo que al firmar este formulario, otorgo permiso para todos los Proveedores Participantes actuales y futuros del CCC, y sus empleados y agentes y asociados comerciales involucrados en mi atención, para que vean mis registros personales de salud y financieros en la base de datos del CCC. Los proveedores pueden ver esta información aún si ellos no son mi proveedor usual y no tienen mis registros médicos anteriores.
- Comprendo que mi información de salud podría incluir los antecedentes médicos e información con respecto a mi diagnóstico o tratamiento por primera vez de una enfermedad comunicable (como por ejemplo enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, tuberculosis o hepatitis), enfermedad mental, abuso de alcohol o de sustancias.
- Un Proveedor Participante puede obtener información acerca de mis servicios de atención médica previa que yo haya recibido de otros Proveedores Participantes del CCC.
- Yo he revisado la lista de Proveedores Participantes actuales del CCC (Adjunto A) y comprendo que pueden agregarse otros en el futuro.
- Acuso haber recibido una copia de esta autorización.
- Comprendo que esta autorización estará vigente a menos que yo la cancele en forma apropiada o que el CCC interrumpa sus negocios.
- Comprendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento completando un Formulario de Cancelación, que puedo obtener de cualquier Proveedor Participante. La cancelación no afecta la información ya compartida y está vigente solamente después de que el CCC reciba un Formulario de Cancelación apropiadamente llenado y desactive la información en la base de datos.
- Comprendo que si firmo como representante de un paciente, yo estoy certificando que yo tengo la autoridad bajo la Ley de Carolina del Norte para tomar decisiones de atención médica para el paciente.
- Comprendo que aunque mi firma en este formulario permite a los Proveedores Participantes del CCC involucrados en mi atención compartir mi información de salud y financiera, ningún Proveedor Participante puede tener acceso a mi información en la base de datos a menos que yo vaya a ese Proveedor Participante para tratamiento, y a menos que la información acerca de mi tratamiento de atención médica previa ya ha sido ingresada en la base de datos del CCC.
- **Comprendo que mi decisión acerca de si participar o no en el CCC es completamente VOLUNTARIA y que ningún Proveedor Participante puede condicionar mi tratamiento al hecho si yo firmo o no este formulario. Si usted no firma el formulario, los Proveedores Participantes del CCC no compartirán mi información entre ellos a menos que yo proporcione autorización para hacerlo en un momento posterior.**

Mi firma más abajo indica que mi autorización para que mi información de salud y financiera sea ingresada en la base de datos del CCC y compartida con los Proveedores Participantes actuales y futuros del CCC y sus asociados comerciales.

Nombre del Paciente (EN IMPRENTA) _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado
aplicable)

Relación con el Paciente (si fuera

Nombre de facilidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo _____ Fecha _____

Adjunto A

Los Proveedores Participantes Actuales de CapitalCare Collaborative son:

- Alliance Medical Ministry
- Duke Raleigh Hospital
- Rex Healthcare
- Urban Ministries of Wake County, Open Door Clinic
- Wake County Human Services
- Wake Co. Medical Society (incluyendo el Project Access y Community Care of NC)
- Wake Health Services, Inc.
- WakeMed Health & Hospitals
- Shepherd's Care Medical Clinic
- Mariam Clinic



Cancelación de Autorización del Paciente para Compartir Información de Salud

Yo, _____, cancelo mi autorización otorgada a _____
_____, y sus empleados y agentes, para compartir mi información de salud y/o
financiera con otros Proveedores Participantes en el CapitalCare Collaborative (CCC).

Comprendo que la cancelación no afecta la información que ya ha sido compartida, y que llevará por los menos 10 días desactivar la información compartida en la base de datos.

Nombre del Paciente (EN IMPRENTA) _____

Firma del Paciente _____

Signatario Autorizado (si no es el Paciente) _____

Relación del Signatario con el Paciente _____

Testigo _____ Fecha _____

Los Pacientes deben completar este formulario en la oficina de un Proveedor Participante. El Proveedor Participante le entregará al paciente una copia y luego enviará por correo el formulario firmado a:

**CapitalCare Collaborative
Formulario de Cancelación
2500 Blue Ridge Road, Suite 330
Raleigh, NC 27607**