

**RHIO CONSENT FORM
BRONX RHIO, INC**

In this Consent Form, you can choose whether to allow Morris Heights Health Center to obtain access to your medical records through a computer network operated by the Bronx RHIO, Inc, which is part of a statewide computer network. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available electronically to our office.

You may use this Consent Form to decide whether or not to allow Morris Heights Health Center to see and obtain access to your electronic health records in this way. You can give consent or deny consent, and this form may be filled out now or at a later date. **Your choice will not affect your ability to get medical care or health insurance coverage. Your choice to give or to deny consent may not be the basis for denial of health services.**

If you check the **"I GIVE CONSENT"** box below, you are saying "Yes, Morris Heights Health Center staff involved in my care may see and get access to all of my medical records through Bronx RHIO, Inc."

If you check the **"I DENY CONSENT"** box below, you are saying "No, Morris Heights Health Center may not be given access to my medical records through Bronx RHIO, Inc for any purpose."

Bronx RHIO, Inc is a not-for-profit organization. It shares information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology (health IT). To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care." You can ask Morris Heights Health Center for it, or go to the website www.ehealth4ny.org.

Please carefully read the information on the back of this form before making your decision.

Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have two choices.

- I GIVE CONSENT for Morris Heights Health Center to access ALL of my electronic health information through Bronx RHIO, Inc in connection with providing me any health care services, including emergency care.**
- I DENY CONSENT for Morris Heights Health Center to access my electronic health information through Bronx RHIO, Inc for any purpose, *even in a medical emergency*.**

If you do not indicate otherwise, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through Bronx RHIO, Inc.

If you want to deny consent for all Provider Organizations and Health Plans participating in the Bronx RHIO, Inc to access your electronic health information through Bronx RHIO, Inc, you may do so by visiting Bronx RHIO, Inc's website at www.bronxrhio.org or by calling Bronx RHIO, Inc at 718-708-6630.

I understand that upon my request, Bronx RHIO, Inc is required to provide me with a list of individuals and organizations who have received my electronic health information under the terms of this form.

Print Name of Patient

Patient Date of Birth

Signature of Patient or Patient's Legal Representative

Date

Print Name of Legal Representative (if applicable)

Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable)

Details about patient information in Bronx RHIO, Inc and the consent process:

- 1. How Your Information May be Used.** Your electronic health information will be used **only** for the following healthcare services:
 - **Treatment Services.** Provide you with medical treatment and related services, including making your information available to other health care providers that treat you, to help them make sure that you get the medical treatment you need.
 - **Insurance Eligibility Verification.** Check whether you have health insurance and what it covers.
 - **Care Management Activities.** These include assisting you in obtaining appropriate medical care, improving the quality of services provided to you, coordinating the provision of multiple health care services provided to you, or supporting you in following a plan of medical care.
 - **Quality Improvement Activities.** Evaluate and improve the quality of medical care provided to you and all patients.

NOTE: The choice you make in this Consent Form does NOT allow health insurers to have access to your information for the purpose of deciding whether to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate Consent Form that health insurers must use.

- 2. What Types of Information About You Are Included.** If you give consent, Morris Heights Health Center may access ALL of your electronic health information available through the RHIO. This includes information created before and after the date of this Consent Form. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medicines you have taken. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:

Alcohol or drug use problems	HIV/AIDS
Birth control and abortion (family planning)	Mental health conditions
Genetic (inherited) diseases or tests	Sexually transmitted diseases

If you have received alcohol or drug abuse care, your record may include information related to your alcohol or drug abuse diagnoses, medications and dosages, lab tests, allergies, substance use history, trauma history, hospital discharges, employment, living situation and social supports, and health insurance claims history.

- 3. Where Health Information About You Comes From.** Information about you comes from places that have provided you with medical care or health insurance ("Information Sources"). These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, health insurers, the Medicaid program, and other ehealth organizations that exchange health information electronically. A complete list of current Information Sources is available from the Bronx RHIO, Inc. You can obtain an updated list of Information Sources at any time by checking the Bronx RHIO, Inc's website at www.bronxrhio.org or by calling 718-708-6630.

- 4. Who May Access Information About You, If You Give Consent.** Only these people may access information about you: doctors and other health care providers who serve on Morris Heights Health Center medical staff who are involved in your medical care; health care providers who are covering or on call for Morris Heights Health Center doctors; and staff members who carry out activities permitted by this Consent Form as described above in paragraph one. In addition, Morris Heights Health Center may make your information available to other health care providers that treat you, to help them make sure that you get the medical treatment you need.

- 5. Penalties for Improper Access to or Use of Your Information.** There are penalties for inappropriate access to or use of your electronic health information. If at any time you suspect that someone who should not have seen or gotten access to information about you has done so, call the Bronx RHIO, Inc. at: 718-708-6630; or visit Bronx RHIO, Inc's website: www.bronxrhio.org; or call the NYS Department of Health at 518-474-4987; or follow the complaint process of the federal Office for Civil Rights at the following link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

- 6. Re-disclosure of Information.** Any electronic health information about you may be re-disclosed by Morris Heights Health Center to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. This is also true for health information about you that exists in a paper form. Some state and federal laws provide special protections for some kinds of sensitive health information, including HIV/AIDS and drug and alcohol treatment. Their special requirements must be followed whenever people receive these kinds of sensitive health information. Bronx RHIO, Inc and persons who access this information through the Bronx RHIO, Inc must comply with these requirements.

- 7. Effective Period.** This Consent Form will remain in effect until the day you withdraw your consent or until such time the RHIO ceases operation or until 50 years after your death, whichever is later.

- 8. Withdrawing Your Consent.** You can change your mind at any time by completing and signing a new Consent Form and giving it to Morris Heights Health Center. You can get this form on the Bronx RHIO, Inc's website at www.bronxrhio.org or from your provider. **Note: Organizations that access your health information through Bronx RHIO, Inc while your consent is in effect may copy or include your information in their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.**

- 9. Copy of Form.** You are entitled to get a copy of this Consent Form after you sign it.

- 10. Public Health and Organ Procurement Organization Access.** Federal, state or local public health agencies and certain organ procurement organizations are authorized by law to access health information without a patient's consent for certain public health and organ transplant purposes. These entities may access your information through the Bronx RHIO, Inc for these purposes without regard to whether you give consent, deny consent or do not fill out a consent form.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO BRONX RHIO, INC

En este Formulario de Consentimiento, usted puede optar por autorizar a Morris Heights Health Center obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc., la cual forma parte de una red informática de todo el estado. Esto puede ayudar a reunir los registros médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención médica y permitir que estén disponibles de forma electrónica para nuestra oficina.

Puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a Morris Heights Health Center a consultar y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta forma. Puede dar o no dar su consentimiento, y este formulario se puede completar ahora o más adelante. **Su decisión no afectará su capacidad para recibir asistencia médica o cobertura de su seguro de salud. Su decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá utilizarse como fundamento para negar los servicios de atención de la salud.**

Si marca el casillero “**DOY MI CONSENTIMIENTO**” más abajo, usted estará diciendo: “Sí, el personal de Morris Heights Health Center que participa en mi atención puede consultar y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc.”.

Si marca el casillero “**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**” más abajo, usted estará diciendo: “No, Morris Heights Health Center no tiene autorización para acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin”.

Bronx RHIO, Inc. es una organización sin fines de lucro. Comparte información electrónicamente y de manera segura sobre la salud de las personas para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir datos se denomina *ehealth* o Informática de la Salud (*Health IT*). Para obtener más información sobre *ehealth* en el Estado de Nueva York, lea el folleto “*Better Information Means Better Care*” (Mejor información equivale a mejor atención). Puede pedirselo a Morris Heights Health Center o visitar el sitio web www.ehealth4ny.org.

Lea detenidamente la información que se encuentra al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO a Morris Heights Health Center para que acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. en lo que respecta a proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Morris Heights Health Center acceda** a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin, *incluso en una emergencia médica*.

Si usted no indica lo contrario, la ley del Estado de Nueva York autoriza a las personas que lo atiendan en una emergencia a obtener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.

Si NO quiere dar su consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y a los planes de salud que participan en Bronx RHIO, Inc para que accedan a su información sanitaria electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. puede retirar su consentimiento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc en www.bronxrhio.org o también llamando a Bronx RHIO, Inc en el teléfono 718-708-6630

Entiendo que, a mi solicitud, Bronx RHIO, Inc debe proporcionarme una lista de individuos y organizaciones que han recibido mi información de salud electrónica bajo los términos de este formulario.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal, en letra de imprenta
(si corresponde)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información del paciente en Bronx RHIO, Inc. y el proceso de consentimiento:

- 1. Cómo se utilizará su información.** Su información de salud electrónica se utilizará **sólo** para los siguientes servicios de salud:
 - **Servicios de Tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados, incluyendo hacer que su información esté disponible para otros proveedores de atención médica que lo tratan, para ayudarles a asegurarse de que obtiene el tratamiento médico que necesita.
 - **Verificación de Elegibilidad de Seguros.** Compruebe si tiene seguro de salud y qué cubre.
 - **Actividades de gestión de cuidados.** Estos incluyen ayudarle a obtener atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención de salud que le sean proporcionados o apoyarle en el seguimiento de un plan de atención médica.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a usted ya todos los pacientes.

NOTA: La decisión que tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a su información para decidir si le dan un seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en otro Formulario de Consentimiento aparte que deben usar las aseguradoras de salud.

- 2. Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, Morris Heights Health Center podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial médico sobre las enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura de hueso), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas de salud confidenciales, incluidos, entre otros:
 - Problemas de consumo de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
 - Problemas de salud mental
 - Exámenes o enfermedades genéticas (heredadas)
 - Enfermedades de transmisión sexual

Si usted ha recibido atención de abuso de alcohol o drogas, su registro puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de abuso de sustancias, historial de trauma, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyo social, Y historial de reclamaciones de seguro de salud.

- 3. De dónde se obtiene la información médica sobre usted.** La información sobre usted se obtiene de los lugares que le han proporcionado atención médica o seguro de salud ("Fuentes de Información"). Pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de *ehealth* que intercambian información médica electrónicamente. En Bronx RHIO, Inc. se encuentra disponible una lista completa de las Fuentes de Información actuales. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de Información en cualquier momento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc. www.bronxrhio.org o llamando al 718-708-6630.
- 4. Quiénes pueden acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento.** Solamente estas personas pueden acceder a la información sobre usted: los médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de Morris Heights Health Center y que participan en su atención médica; los proveedores de atención médica que están de guardia o reemplazando a los médicos de Morris Heights Health Center; y los miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, según se describe anteriormente en el primer párrafo. Además, Morris Heights Health Center puede poner su información a disposición de otros proveedores de atención médica que lo tratan, para ayudarles a asegurarse de que obtiene el tratamiento médico que necesita.
- 5. Sanciones por el acceso o el uso indebido de su información.** Existen sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber consultado o tenido acceso a la información sobre usted lo ha hecho, llame a Bronx RHIO, Inc. al 718-708-6630, visite el sitio web de Bronx RHIO, Inc. www.bronxrhio.org o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987 o siguiendo el proceso de reclamación de la oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
- 6. Divulgación posterior de información.** Morris Heights Health Center puede divulgar posteriormente cualquier información médica electrónica sobre usted a otras personas sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel, por escrito. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para ciertos tipos de información médica confidencial, que incluyen el VIH/SIDA y los tratamientos contra las drogas y el alcohol. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de información médica confidencial. Bronx RHIO, Inc. y las personas que acceden a esta información a través de Bronx RHIO, Inc. deben cumplir con estos requisitos.
- 7. Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que retire su consentimiento o hasta que tal tiempo el RHIO deje operación o hasta 50 años después de su muerte, el que es más tarde.
- 8. Retiro de su consentimiento.** Puede cambiar de parecer en cualquier momento si completa y firma un nuevo Formulario de Consentimiento y lo entrega a Morris Heights Health Center. Puede obtener este formulario en el sitio web de Bronx RHIO, Inc. www.bronxrhio.org o pedirselo a su proveedor. **Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de Bronx RHIO, Inc. mientras su consentimiento esté en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque más adelante decida retirar su consentimiento, ellas no están obligadas a devolver o quitar su información de sus registros.**
- 9. Copia del formulario.** Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.
- 10. Salud Pública y organización de acceso para la obtención de órganos.** Ya sean Federales, estatales o locales, las agencias de salud pública y ciertas organizaciones para la obtención de órganos, están autorizadas, por ley al acceso de información sanitaria sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de salud pública y de transplante de órganos. Puede que estas entidades accedan a su información a través de Bronx RHIO, Inc para estos propósitos sin tener en cuenta tanto si usted da o como si no da su consentimiento o si no completa un formulario de consentimiento.