

Autorización del paciente para Greater Houston Healthconnect

_____ [Nombre del paciente] participara en Healthconnect, una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para los participantes de Healthconnect, incluyendo consultorios médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, centros de radiología y pagadores tales como seguranzas de salud para compartir su información médica protegida. Una lista de los participantes que están actualmente en Healthconnect está disponible via internet en www.ghhconnect.org. Si usted se une a HealthConnect y fue tratado(a) en otro lugar que es participante de HealthConnect, sus proveedores pueden obtener su información médica electrónicamente. Healthconnect no cambia quien puede ver su información, solamente permite que su información sea compartida de una manera nueva. Todos los participantes de HealthConnect deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Su tratamiento y elegibilidad para beneficios no serán afectados de ninguna manera si usted decide no unirse a HealthConnect.

Al firmar esta autorización, está de acuerdo que Healthconnect y sus participantes actuales y futuros puedan usar y revelar su información de salud protegida electrónicamente a través de Healthconnect con el propósito limitado de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros cambios de información de salud en Texas y en todo el país que también debe proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales, y usted autoriza que HealthConnect comparta su información con esos intercambios con el mismo objetivo y mismas limitaciones.

Su información de salud que puede ser compartida a través de HealthConnect incluye:

- Diagnóstico (enfermedad o problema)
- Resúmenes clínicos de tratamiento y copias de documentos en su expediente médico
- Resultados de exámenes de laboratorio, rayos x y otros exámenes
- Medicamentos (actuales y del pasado)
- Información personal como nombre, dirección, número de teléfono, sexo, etnia y edad
- Nombre de proveedores y fechas de servicios
- Resultados de pruebas y tratamiento para VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Resultados y tratamientos para la hepatitis B o C
- Resultados de pruebas genéticas y tratamiento
- Historial médico de la familia

Esta autorización queda en efecto a menos que y hasta que usted la revoque. Puede revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito a cualquier proveedor de atención médica que participe en HealthConnect. Su revocación será efectiva dentro de tres (3) días. Usted entiende que revocar esta autorización no afecta la información previamente compartida cuando su autorización estaba vigente.

Nombre de Paciente: _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre (si alguien aparte del paciente): _____ Relación al paciente: _____

Inicial aquí si **NO** desea que sus proveedores vean su récord medico a través de HealthConnect. _____