

**MOUNT SINAI ENTERPRISE INFORMATION EXCHANGE  
CONSENT FORM  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL  
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE EMPRESAS DE MOUNT SINAI**

**Portada con instrucciones**

Siga estos pasos para enviar este formulario a Mount Sinai Health System:

- 1) Lea con atención las siguientes páginas del formulario y la hoja de datos de tres páginas que se adjunta.
- 2) Complete la información necesaria del paciente:

<b>INFORMACIÓN NECESARIA PARA CONFIRMAR SU IDENTIDAD</b>
Dirección física _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____
Número de expediente médico de Mount Sinai (opcional) _____

- 3) Indique su opción de consentimiento en las siguientes páginas del formulario. Para hacerlo, debe **rellenar completamente solo una de las cuatro figuras ovaladas** con una pluma de tinta negra.
- 4) Complete el resto del formulario escribiendo su nombre completo, fecha de nacimiento, la fecha de hoy y su firma en las áreas correspondientes.
- 5) Envíe su decisión usando una de las opciones de abajo:

**EN PERSONA:** Entregue esta y las dos siguientes páginas, completas y firmadas, en cualquier lugar de registro de pacientes de Mount Sinai Health System. No es necesario que entregue la hoja de datos de tres páginas.

**O**

**POR CORREO:** Envíe por correo esta página y la siguiente, completas y firmadas, a esta dirección:

<b>DIRECCIÓN POSTAL PARA ENVIAR ESTA PORTADA Y EL FORMULARIO FIRMADO:</b> Mount Sinai West Health Information Management Department 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019
--

**TENGA EN CUENTA QUE:**

Las opciones que elija en este formulario sustituirán cualquier decisión anterior registrada. Si quiere suspender una decisión enviada previamente respecto al programa de Intercambio de información de empresas, seleccione la cuarta opción de consentimiento en la siguiente página: "No quiero tomar una decisión en este momento", y siga las instrucciones para completar y enviar este formulario.

Si decide enviar por correo este formulario, tenga en cuenta que su decisión de consentimiento entrará en vigencia en todo Mount Sinai Health System hasta que el formulario se haya recibido y procesado.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE  
INFORMACIÓN DE EMPRESAS DE MOUNT SINAI**  
(*MOUNT SINAI ENTERPRISE INFORMATION EXCHANGE CONSENT FORM*)

En este formulario de consentimiento, usted puede permitir que Mount Sinai Health System (MSHS) comparta sus expedientes médicos con proveedores de atención médica que no son de Mount Sinai y que MSHS tenga acceso a la información de la atención médica que usted recibió de parte de proveedores que no son de Mount Sinai a través de nuestras plataformas de tecnología de información de salud: Intercambio de Información de Salud de Mount Sinai ("Mount Sinai HIE"), Epic Care Everywhere, Carequality y Healthix. Estas plataformas pueden ayudar a recopilar los expedientes médicos que tenga en diferentes lugares en donde recibe servicios de atención médica y ponerlos a disposición electrónica de los proveedores que lo tratan, lo que mejorará la calidad de los servicios de atención médica que recibe. Para obtener más información sobre este tipo de intercambio de información en el estado de Nueva York, solicítele a su proveedor el folleto "Better Information Means Better Care" (Mejor información significa mejor atención) o búsquelo en *Resources* (Recursos) en el [ehealth4ny.org](http://ehealth4ny.org) sitio web. Al solicitarlo, su proveedor imprimirá las listas de proveedores participantes/fuentes de información para usted de los sitios web mencionados abajo.

**(1) Mount Sinai HIE:** Dé o deniegue su consentimiento para permitir que los participantes (sus empleados, agentes o miembros del personal médico) detallados en el sitio web de Mount Sinai HIE [mountsinaiconnect.org](http://mountsinaiconnect.org) ("Participantes de HIE") tengan acceso a su información de salud electrónica que contiene Mount Sinai HIE, incluyendo los expedientes de sus otros proveedores médicos autorizados para divulgar información a través de Mount Sinai HIE.

**(2) Epic Care Everywhere y (3) Carequality:** Dé o deniegue su consentimiento para permitir que los proveedores de atención médica, sus empleados, agentes o miembros de su personal médico, detallados en el sitio web de Epic en [epic.com/careeverywhere](http://epic.com/careeverywhere) y en el sitio web de Carequality en [carequality.org/active-sites-search](http://carequality.org/active-sites-search) tengan acceso a su información de salud que se mantiene en los sistemas de expedientes médicos electrónicos de MSHS. **Independientemente de su selección en este formulario, es probable que los proveedores de otras organizaciones participantes pidan su autorización en el punto de atención para tener acceso a la información del expediente médico electrónico que tiene en Mount Sinai.**

**(4) Healthix:** Healthix es una entidad calificada (QE) o de intercambio de información de salud, una organización no lucrativa certificada y regulada por el Departamento de Salud del estado de Nueva York, para recopilar y agregar información sobre los servicios médicos que usted recibe. Dé o deniegue su consentimiento para permitir que MSHS (nuestros empleados, agentes o miembros de nuestro personal médico) puedan consultar y tener acceso a sus expedientes médicos electrónicos de otros proveedores de atención médica autorizados para divulgar información a través de Healthix. Puede obtener una lista de los proveedores autorizados actuales en el sitio web de Healthix en [healthix.org](http://healthix.org) o llamando a Healthix al 877-695-4749. En el mismo sitio web o número de teléfono, puede denegar su consentimiento a todas las organizaciones de proveedores y planes de salud que participan en Healthix para que no tengan acceso a su información de salud electrónica disponible a través de Healthix.

**SU ELECCIÓN DE DAR O DENEGAR EL CONSENTIMIENTO NO PUEDE SER LA BASE PARA LA DENEGACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD O DE LA COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD.**

**ANTES DE TOMAR SU DECISIÓN, LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN DE ESTA HOJA DE DATOS ADJUNTA, LA CUAL ES PARTE DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

La decisión que tome en este formulario de dar o denegar su consentimiento se aplicará conjuntamente a nuestras cuatro plataformas. Puede cambiar su decisión en cualquier momento completando otro formulario. **Marque solamente una de las cuatro opciones siguientes**

- DOY MI CONSENTIMIENTO** (*I GIVE CONSENT*) a todos los participantes detallados en el sitio web de Mount Sinai HIE para que tengan acceso a mi información de salud almacenada en Mount Sinai HIE y a todos los participantes detallados en los sitios web de Epic y Carequality para que tengan acceso a todos mis registros médicos electrónicos de MSHS y a todos los empleados, agentes y miembros del personal médico de MSHS para que tengan acceso a toda mi información de salud electrónica disponible a través de Healthix en relación con cualquiera de los propósitos permitidos que se describen en la hoja de datos, incluyendo cualquier servicio de atención médica y atención de emergencia que me den.
- DENIEGO MI CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA** (*I DENY CONSENT, EXCEPT IN A MEDICAL EMERGENCY*), a todos los proveedores detallados en los sitios web de Epic y Carequality para que tengan acceso a mis expedientes médicos electrónicos almacenados en Mount Sinai. También deniego mi consentimiento a todos los participantes detallados en el sitio web de Mount Sinai HIE para que tengan acceso a mi información de salud almacenada en Mount Sinai HIE, a excepción de la información que ellos mismos dieron, y a todos los empleados, agentes y miembros del personal médico de MSHS para que obtengan acceso a mi información de salud electrónica disponible a través de Healthix compartida por participantes que no son de Mount Sinai, excepto en caso de emergencia médica.
- DENIEGO MI CONSENTIMIENTO, INCLUSO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA** (*I DENY CONSENT, EVEN IN A MEDICAL EMERGENCY*), a todos los participantes detallados en el sitio web de Mount Sinai HIE para que tengan acceso a mi información de salud electrónica almacenada en Mount Sinai HIE, a excepción de la información que ellos mismos dieron, y a todos los empleados, agentes y miembros del personal médico de MSHS para que tengan acceso a mi información de salud electrónica disponible a través de Healthix compartida por participantes que no son de Mount Sinai, para cualquier propósito. También deniego mi consentimiento a los participantes detallados en los sitios web de Epic y Carequality para tener acceso a mi expediente médico electrónico de MSHS, pero **entiendo que los participantes de Epic Care Everywhere y Carequality seguirán teniendo acceso a mi información en caso de emergencia, según lo permita la ley aplicable.**
- NO DESEO TOMAR NINGUNA DECISIÓN EN ESTE MOMENTO** (*I DO NOT WISH TO MAKE A DECISION AT THIS TIME*). Entiendo que los participantes de Epic Care Everywhere y Carequality pueden tener acceso a la información de mi expediente médico electrónico de MSHS en caso de emergencia médica, según lo permita la ley aplicable. Los proveedores de MSHS pueden tener acceso a mi información a través de Healthix en caso de emergencia, según lo permita la ley aplicable.

**POR FAVOR FIRME EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario y se me dio la opción de recibir una copia de este formulario.

---

Nombre del paciente en letra de molde  
*(Print Name of Patient)*

---

Firma del paciente (o del representante legal del paciente)  
*(Signature of Patient (or Patient's Legal Representative))*

---

Fecha de nacimiento del paciente  
*(Patient Date of Birth)*

---

Fecha de hoy  
*(Today's date)*

---

Nombre del representante legal en letra de molde (si corresponde)  
*(Print Name of Legal Representative (if applicable))*

---

Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)  
*(Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable))*

## Intercambio de información de compañías de Mount Sinai Hoja de datos

**Detalles sobre la información del paciente en Mount Sinai HIE, Care Everywhere y Healthix y sobre el proceso de consentimiento de EIE:**

### 1. Definiciones.

- “Mount Sinai Health System” se refiere a:
  - Mount Sinai Beth Israel
  - Mount Sinai Brooklyn
  - Mount Sinai Doctors
  - The Mount Sinai Hospital
  - Mount Sinai Queens
  - Mount Sinai West
  - Mount Sinai St. Luke's
  - New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai
  - South Nassau Communities Hospital
  - Icahn School of Medicine at Mount Sinai
- “Participantes” se refiere a las entidades detalladas en los sitios web de Mount Sinai Connect, Epic, Carequality y Healthix.

### 2. Cómo se utilizará su información.

De conformidad con la ley federal y del estado de Nueva York, su información de salud electrónica puede ser utilizada por los participantes para:

- Darle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro de salud y qué está cubierto.
- Mejorar la capacidad de los que pagan y de las compañías de seguros para cumplir con los requisitos de calidad y desempeño del programa a través de una visión más completa de la información clínica del paciente.
- Tener actividades del manejo de la atención. Esto incluye ayudarlo a obtener la atención médica apropiada, al mejorar la calidad de los servicios de atención médica que recibe, coordinar la prestación de los distintos servicios de atención médica que recibe, o apoyarlo para seguir un plan de atención médica.
- Tener actividades de mejora de la calidad. Estas incluyen evaluar y mejorar la calidad de la atención médica (y los servicios relacionados) que reciben usted y todos los pacientes de Mount Sinai y los miembros de Healthix y organizaciones que participan.
- Mount Sinai Health System tendrá disponible en la plataforma de Care Everywhere y Carequality la información de salud de Mount Sinai, a menos que los únicos servicios que reciba estén relacionados con salud mental/tratamiento psiquiátrico o tratamiento de abuso de sustancias.

**NOTA: Su selección en este formulario de consentimiento NO permite que las compañías de seguro de salud tengan acceso a su información con el propósito de decidir si se le otorga un seguro de salud o paga sus facturas.**

### 3. Qué tipo de información sobre usted se incluye.

Sus expedientes médicos electrónicos pueden incluir el lugar donde recibió los servicios de salud, un historial de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como rayos X o pruebas de sangre), notas clínicas o de progreso de sus proveedores y listas de medicamentos que haya tomado. Esto incluye la información que fue creada antes y después de la fecha de este formulario de consentimiento. Esta información puede estar relacionada con estados médicos delicados, incluidos, pero no limitados a:

- Problemas de consumo de drogas o alcohol
- Condiciones de salud mental

- Control de natalidad y aborto (planificación familiar)
- VIH/SIDA
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
- Enfermedades de transmisión sexual

- 4. De dónde proviene su información de salud.** Su información proviene de los lugares que le han dado atención médica o seguro de salud (“Fuentes de información”). Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud de forma electrónica. Hay disponible una lista completa de las fuentes de información actuales de HIE de parte de Mount Sinai o su proveedor de atención médica participante de HIE, según corresponda. Puede obtener una lista actualizada de las fuentes de información en cualquier momento en el sitio web de HIE de Mount Sinai <http://www.mountsinainconnect.org>. También puede comunicarse con el Director de Privacidad de Mount Sinai HIE escribiendo a: HIPAA Compliance Office, Mount Sinai Health System, 1 Gustave L. Levy Place, Box 1016, New York, NY 10029 o llamado al: 212-241-4669. Hay disponible una lista completa de las fuentes de información actuales de Healthix de parte de Healthix y se puede obtener en cualquier momento en el sitio web <http://www.healthix.org> o llamando al teléfono de Healthix al 877-695-4749. Su información también puede proceder de las organizaciones detalladas en el sitio web de Epic en [epic.com/careeverywhere](http://epic.com/careeverywhere) y en el sitio web de Carequality en [carequality.org/active-sites-search](http://carequality.org/active-sites-search).
- 5. Quién puede tener acceso a su información, si da su consentimiento.** Solo las siguientes personas pueden tener acceso a información sobre usted: médicos que forman parte del personal médico y otros proveedores de atención médica de un participante aprobado que estén involucrados en su atención médica; proveedores de atención médica que cubran o estén de turno para un participante aprobado; el personal de un participante aprobado involucrado en actividades de mejora de la calidad o el manejo de la atención; y los miembros del personal de un participante aprobado quienes lleven a cabo actividades permitidas por este formulario de consentimiento, según se describió anteriormente en el párrafo 2.
- 6. Acceso de salud pública y de la organización de obtención de órganos.** Las agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de obtención de órganos están autorizadas por la ley para tener acceso a la información de salud sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden tener acceso a su información para estos propósitos a través de Healthix, independientemente de si usted dio o denegó su consentimiento o de si no firmó un formulario de consentimiento.
- 7. Sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información de salud electrónica. Si en algún momento le preocupa que alguien que no debía haber visto o tenido acceso a su información lo ha hecho por medio de Mount Sinai HIE, llame a uno de los participantes de HIE o proveedores de Care Everywhere para quienes ha aprobado el acceso a sus expedientes, visite el sitio web de Mount Sinai HIE: <http://www.mountsinainconnect.org>, comuníquese con el Director de Privacidad de Mount Sinai HIE a través de la dirección y el teléfono arriba indicados, llame al Departamento de Salud del estado de Nueva York al 877-690-2211, o comuníquese con la Oficina Federal de Derechos Civiles en <https://www.hhs.gov/ocr>. Si su preocupación se relaciona con el acceso a su información a través de Healthix, llame al Mount Sinai Health System al 212-241-4669; o visite el sitio web de Healthix: [www.healthix.org](http://www.healthix.org); o llame al Departamento de Salud del estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de quejas de la Oficina de Derechos Civiles federal en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>.
- 8. Nueva divulgación de información.** Toda su información de salud electrónica puede ser divulgada de nuevo por parte de un participante, solo hasta donde lo permitan las leyes y reglamentos estatales y federales. Esto también aplica a su información de salud que exista en un formulario impreso. Como se indica en el párrafo 3, si da el consentimiento, TODA su información de salud electrónica, incluso la información de salud confidencial, estará disponible a través de estas plataformas de tecnología de la información de salud. Algunas leyes estatales y federales dan protecciones especiales para algún tipo de información de salud confidencial, incluso información relacionada con: (i) su evaluación, tratamiento o examen de una condición médica por parte de ciertos proveedores; (ii) VIH/SIDA; (iii) enfermedad mental; (iv) retraso mental y discapacidades del desarrollo; (v) abuso de sustancias; y (vi) pruebas genéticas. Sus requisitos especiales deben seguirse siempre que las personas reciban este tipo de información de salud confidencial. Mount Sinai

HIE, Healthix y las personas que tengan acceso a esta información por medio de estos intercambios de información de salud deben cumplir con los requisitos federales y del estado de Nueva York. Los participantes de Care Everywhere y Carequality deben cumplir con los requisitos federales y los requisitos de su estado, que pueden ser menos protectores o más protectores que el estado de Nueva York.

- 9. Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en el que usted retire su consentimiento o:
- con respecto a Mount Sinai HIE, hasta que Mount Sinai HIE finalice sus operaciones o 50 años después de la fecha de su muerte, lo que ocurra después;
  - con respecto a Healthix, hasta que Healthix finalice sus operaciones. Si Healthix se fusiona con otra entidad calificada sus selecciones de consentimiento permanecerán en vigencia con la nueva entidad fusionada; y
  - con respecto a Care Everywhere y Carequality, hasta que Mount Sinai Health System ya no participe en estas plataformas.
- 10. Cambio en el estado de su consentimiento.** También puede cambiar el estado de su consentimiento al firmar un nuevo formulario de consentimiento y seleccionar otra opción de consentimiento en la página 1 del formulario. Puede obtener este formulario de consentimiento de su proveedor en el sitio web de Mount Sinai HIE, en la página "Protección de la información de salud de los pacientes", <http://www.mountsinai.org/ms-connect/protecting-patient-health-information>. Una vez completado, envíe el formulario a su proveedor para que actualice nuestros registros como corresponde.

**Nota: Los proveedores que tienen acceso a su información de salud a través de estas plataformas mientras su consentimiento esté en vigencia, pueden copiar o incluir su información en sus propios expedientes médicos. Incluso si más adelante decide retirar su consentimiento, no se les exige que devuelvan la información ni que la eliminen de sus expedientes.**

**Copia del formulario.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo, si la solicita.