

Consentimiento para Compartir Mi Información Médica Con el Programa BayCare Electronic Health Exchange

BayCare Electronic Health Exchange (**BayCare eHX**) es un programa excitante diseñado para mejorar su atención médica y hacer las visitas al consultorio más sencillas y convenientes. Esta autorización les permitirá a todos sus médicos que participan en BayCare eHX inscribirlo en BayCare eHX y divulgar su información demográfica, del seguro y médica (colectivamente denominada su **"información médica"**) a BayCare eHX, para que pueda ser compartida con otros proveedores de atención médica, incluyendo médicos, enfermeros, profesionales de la salud, hospitales y otras instituciones de atención médica. Sólo los proveedores de atención médica y el personal autorizado que participan en BayCare eHX, y otras personas cuyo trabajo es mantener, asegurar, controlar y evaluar la operación de BayCare eHX, podrán acceder a su información médica. El programa BayCare eHX permitirá que sus proveedores accedan a su información médica con mayor rapidez y exactitud que con registros en papel.

Usted puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si permitir o no que el programa BayCare eHX vea y obtenga acceso a su información médica de esta manera. Usted puede dar o negar el consentimiento, y este formulario puede ser completado ahora o en una fecha posterior. **Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica o cobertura de seguro médico. Su elección de dar o negar el consentimiento no constituirá motivo por el cual se le nieguen servicios médicos. Sin embargo, en la medida en que niegue el consentimiento, usted entiende que su información médica no estará disponible a otros proveedores de BayCare para su tratamiento médico.**

Si usted marca el casillero que indica **"DOY CONSENTIMIENTO"** a continuación, usted está indicando **"Sí, los miembros del programa BayCare eHX pueden ver y obtener acceso a toda mi información médica a través de BayCare eHX."**

Si usted marca el casillero que indica **"NO DOY CONSENTIMIENTO"** a continuación, usted está indicando **"No, los miembros del programa BayCare eHX no pueden ver y obtener acceso a toda mi información médica a través de BayCare eHX para ningún fin."**

Por favor, lea atentamente la información que se encuentra en el reverso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus Opciones respecto del Consentimiento: Usted puede completar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones:

SÍ, DOY CONSENTIMIENTO para que mis médicos me inscriban en el programa BayCare eHX y para que los miembros del programa BayCare eHX accedan a **TODA** mi información médica según lo dispuesto en el Formulario de Consentimiento.

NO, NO DOY CONSENTIMIENTO para que mis médicos me inscriban en el programa BayCare eHX y para que los miembros del programa BayCare eHX accedan a **TODA** mi información médica según lo dispuesto en el Formulario de Consentimiento.

Nombre en letra de molde de Paciente/Representante

Firma de Paciente/Representante

Fecha

AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:

Yo, _____, declaro por el presente que estoy autorizado a firmar este permiso en nombre del paciente sobre la base de: _____

Relación con el Paciente: _____