CONSENTIMIENTO GENERAL HASA

Consentimiento para Tratamiento/Uso y divulgacion de Informacion de Salud con fines Tratamiento, Pago, Y Operaciones de Asistencia Medica

1. CentroMed participa en Healthcare Access San Antonio (HASA), que es una organización no lucrativa, la salud comunitaria de intercambio de información (HIE) que facilite el intercambio electrónico de información de los pacientes con los médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores. HASA también se conectará otros HIEs para que la información esté disponible para otros proveedores cuando los pacientes viajan fuera de nuestra región. Compartiendo la información del paciente con otros proveedores a través de HASA ayuda CentroMed ahorrar tiempo de los pacientes y tomar mejores decisiones de tratamiento con un registro de paciente más completa. Esto les permitirá evitar la repetición de exámenes y procedimientos y obtener acceso inmediato en caso de emergencia a la información crítica como alergias, medicamentos, diagnósticos y otros datos importantes. Vea el folleto de HASA para obtener más información acerca de cómo HASA nos ayuda a promover la salud del paciente y protege la información del paciente. Los pacientes también pueden leer más sobre HASA en **www.hasatx.org** **.**

   Entiendo que CentroMed comparte la información del paciente a través de HASA y he recibido una copia del folleto de HASA. _____ Iniciales de Paciente

2. Los pacientes tienen el derecho a elegir que su información no se comparta a través de HASA firmando un formulario Opt-Out. Usted puede solicitar un formulario de exclusión de CentroMed y el personal que le ayudará a completarlo. CentroMed no discriminar en contra de usted si usted decide firmar un formulario de exclusión y CentroMed, no requiere que usted comparta información a través de HASA para recibir tratamiento médico.

   Entiendo que tengo el derecho de optar por no tener mi información del paciente a través de HASA compartido con la firma de un formulario de exclusión. _____ Iniciales de Paciente

3. HASA hace todo lo posible para asegurar que la información del paciente sensible, como el VIH / SIDA, salud mental, y la información relacionada con el tratamiento de abuso de sustancias (información sensible), se bloquea de verse. Sin embargo, debido a limitaciones del sistema, CentroMed y HASA están limitados en poder bloque la información sensible en este momento. Al poner su inicial en este párrafo y firmar este formulario, usted acepta compartir su información sensible con otros proveedores a través de HASA. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante la firma de un formulario de exclusión, excepto en la medida en que la información del paciente ya se dio a conocer en base a este consentimiento. Usted tendrá que renovar el consentimiento cada ano en su próxima vista en o después de un ano de la firma de este consentimiento.

   Estoy de acuerdo en compartir mi información sensible con otros proveedores a través de las iniciales HASA _____ Iniciales de Paciente

4. **SI USTED NO FIRMA CON SUS INICIALES TODOS LOS PÁRRAFOS ANTERIORES *1-3, LE PEDIRÁN FIRMAR FORMULARION DE OP OUT PARA QUE CENTROMED NO PUEDA COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE PACIENTE A TRAVEZ DE HASA.**

Firma Del Paciente