



INFORMACION IMPORTANTE TOCANTE LA AUTORIZACION DEL ICC

Usted está visitando a un proveedor médico quien es miembro del Indigent Care Collaboration (ICC). Su proveedor médico es parte del ICC porque ellos quieren que los residentes de los condados Travis, Hays y Williamson tengan servicios médicos, aunque no puedan pagar. Otros miembros del ICC son:

- ◆ Austin/Travis County Health & Human Services Dept.
- ◆ Austin/Travis county Mental Health Mental Retardation Center (ATCMHMR)
- ◆ Austin Women's Hospital
- ◆ Central Texas Medical Center
- ◆ City of Austin – Community Care Services Dept.
- ◆ El Buen Samaritano
- ◆ Johns Community Hospital
- ◆ Lone Star Circle of Care
- ◆ People's Community Clinic
- ◆ Planned Parenthood of the Texas Capital Region
- ◆ Round Rock Health Clinic
- ◆ St. David's Health Care
- ◆ Seton Family of Hospitals
- ◆ Travis County Healthcare District
- ◆ Travis County Medical Society/Project Access
- ◆ UT School of Nursing
- ◆ Volunteer Healthcare Clinic
- ◆ Williamson County and Cities Health District

Todos los miembros del ICC son ligados por una base de datos electronicos que los permite compartir información confidencial de los pacientes entre ellos, y entre otros que se han unido con el ICC. Compartiendo información permite que su proveedor médico ofresca mejor cuidado de la salud para Usted y su familia.

- ◆ Ellos pueden entender mejor su historia médica. Eso les permite a hacer un diagnóstico más informado para mejor tratamiento de enfermedades.
- ◆ Los previene de dar pruebas o medicinas que quizás no necesite.
- ◆ Les puede ayudar a calificarlo para descuentos en medicinas de prescripción.

Su información puede ser compartida con los miembros del ICC solamente si Usted firma esta Autorización.

Por favor lea esta Autorización con cuidado para que Usted entienda quien puede ver su información confidencial, acual información confidencial se puede compartir, y sus derechos tocante su información confidencial que sera compartida.



INDIGENT CARE COLLABORATION (ICC) AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION CONFIDENCIAL DE LA SALUD

Yo _____ doy mi permiso a los miembros del ICC, sus empleados autorizados y proveedores del cuidado médico de usar y revelar mi información confidencial de mi cuidado de salud con otros miembros del ICC, sus empleados autorizados y proveedores del cuidado médico. Yo comprendo que al dar mi permiso, yo voy a recibir mejor calidad del cuidado de mi salud.

INFORMACION CONFIDENCIAL DE LA SALUD QUE PUEDE SER COMPARTIDA

Yo comprendo que la información confidencial de la salud que puede ser compartida incluye:

- ◆ Mis diagnóstico (el nombre de mi enfermedad o problema)
- ◆ Resultados de mis pruebas del laboratorio, radiografías y otras pruebas
- ◆ Medicinas que han sido prescritas
- ◆ Información tocante cómo se pueden comunicar conmigo, incluyendo mi nombre, ni número de seguro social, dirección, número de teléfono, etc.
- ◆ Información tocante me género, grupo étnico y edad.

Información en mi expediente también puede ser compartido tocante:

- ◆ Salud mental
- ◆ Abuso de drogas o alcohol
- ◆ Pruebas o tratamientos del VIH/SIDA

Yo comprendo que si no quiero que mi información sea compartida, yo no tengo que firmar esta Autorización.

RAZONES QUE LOS MIEMBROS DEL ICC NECESITAN COMPARTIR INFORMACION

Compartiendo su información médica ayuda a su proveedor dar mejor calidad de cuidado a Usted y a su familia.

- ◆ Les ayuda a comprender su historial médico mejor.
- ◆ Les ayuda hacer un diagnóstico más educado.
- ◆ Les ayuda ofrecerle mejor tratamiento y coordinación de sus enfermedades.
- ◆ Les previene de obtener pruebas o medicinas que quizás usted no necesite, o que quizás le pueda dañar.
- ◆ Ayuda a los expertos estudiar el cuidado médico de personas sin aseguranza para hacer sugerencias para mejorar el cuidado médico para todos.
- ◆ Ayuda a identificar si usted es elegible a un descuento de farmacia basado en su cuidado médico previo.

TODOS LOS MIEMBROS DEL ICC PUEDEN VER MI INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo comprendo que al firmar la Autorización, yo doy mi permiso a todos los miembros del ICC, sus empleados autorizados y a los proveedores del cuidado médico de ver mi información. Miembros del ICC pueden ver mi información aunque no sean mi proveedor usual de asistencia médica y aunque no tengan mis archivos médicos.

BENEFICIOS DE DESCUENTO DE FARMACIA

Los miembros del ICC utilizan un programa que hace a algunas personas elegibles para medicinas descontadas basado en su cuidado médico previo. Yo entiendo que al compartir mi información, mis médicos pueden ser capaces de ayudarme a calificar para este beneficio.



RIESGOS DE QUE OTROS PUEDAN VER MI INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo entiendo que a cualquier tiempo que yo estoy de acuerdo de compartir mi información con cualquier proveedor médico, el proveedor médico quizás comparta la información con alguna otra persona para quien las reglas federales tocante confidencialidad no le aplican. Eso es cierto para los miembros del ICC tambien.

MIS DERECHOS

YO PUEDO NEGAR A FIRMAR

Yo entiendo que puedo negar a firmar esta Autorización. Si yo niego a firmar, no afectará mi habilidad de obtener cuidado médico o beneficios.

YO PUEDO CANCELAR ESTA AUTORIZACION

Yo entiendo que si firmo esta forma, yo tengo el derecho de cambiar de opinión. Si yo decido yo puedo cancelar esta autorización, y tengo que hacerlo por escrito. Mi cancelación no aplica a la información confidencial que ya se ha compartido con los miembros del ICC. Tengo que dar la cancelación directamente a mi proveedor médico o enviar una nota de cancelación por correo postal a:

ICC
2101 IH-35 South, Suite 500
Austin TX 78741

Yo entiendo que si cancelo esta Autorización, se puede tardar hasta 72 horas (3 dias) para cerrar mi información en la base de datos para que otros miembros no lo puedan ver.

YO TENGO EL DERECHO DE VER MIS ARCHIVOS

Yo comprendo que si firmo esta Autorización, yo tengo el derecho a una copia de la forma y de ver la información que se ha compartido. Si yo quiero ver mis archivos, tengo que pedirselos a mi proveedor médico y no al ICC. Tambien entiendo que quizás tenga que pagar por las copias.

ESTA AUTORIZACION REVOCA Y DESBANCA CUALQUIER AUTORIZACIONES PREVIAS QUE HE FIRMADO. ESTA AUTORIZACION SE TERMINA EN DOS (2) ANOS DEL DIA QUE LA FIRMO, A MENOS QUE YO LA CANCELE ANTES DE ESE MOMENTO

Nombre de Paciente	Firma de Persona Autorizada	Fecha
--------------------	-----------------------------	-------

Nombre (si es diferente del Paciente)	Relación al Paciente	Fecha
---------------------------------------	----------------------	-------

Testigo/a

Esta información ha sido revelada a Usted de los archivos protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR parte 2). Las Reglas Federales lo/a prohíben de hacer revelación adicional de esta información a menos que revelación adicional es expresamente permitida por consentimiento en escrito de la persona a quien le pertenece o de otro modo es permitido por 42 CRF Parte 2. Una Autorización general para la revelación de archivos médicos u otra información no es suficiente para este proposito. Las Reglas Federales restrinja cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar cualquier paciente que abusa alcohol o drogas.