



INTEGRATED CARE COLLABORATION (ICC)
AUTORIZACION PARA EL USO DE INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL

Yo _____ le otorgo permiso a los miembros de ICC, sus empleados autorizados y profesionistas médicos par usar y compartir la información medica confidencial con otros miembros del ICC, sus empleado y profesionistas médicos. Entiendo que al otorgar mi permiso, recibiré mejores servicios médicos. Los miembros actuales de ICC son:

- ◆ Austin/Travis County EMS
- ◆ Austin/Travis County Health & Human Svcs Dept
- ◆ Austin/Travis County Integral Care
- ◆ Austin Women's Hospital
- ◆ Blackstock Family Health Center
- ◆ Central Health
- ◆ Central Texas Medical Center
- ◆ CommuniCare Health Centers
- ◆ CommUnityCare
- ◆ Community Health Centers of So. Central Texas
- ◆ El Buen Samaritano
- ◆ Front Steps Recuperative Care Program
- ◆ Hays County Consolidated ISD Student Health
- ◆ Johns Community Hospital
- ◆ Lone Star Circle of Care
- ◆ National Center for Farmworker Health
- ◆ People's Community Clinic
- ◆ Planned Parenthood of the Texas Capital Region
- ◆ Project Access
- ◆ St. David's HealthCare
- ◆ Samaritan Health Ministries
- ◆ Seton Family of Hospitals
- ◆ Travis County Sheriff's Office Jail Health Services
- ◆ University of Texas Medical Branch
- ◆ University of Texas School of Nursing
- ◆ Volunteer Healthcare Clinic
- ◆ Williamson County and Cities Health District

El ICC puede agregar miembros adicionales en el futuro, por lo tanto otorgo permiso para que mi información se pueda compartir con estos miembros también, pero solamente después de que sean miembros del ICC.

INFORMACIÓN MEDICA CONFIDENCIAL DE SALUD QUE SE PODRIA COMPARTIR

Yo entiendo que la información médica confidencial que se podría compartir incluye:

- ◆ Mi diagnosis (el nombre de la enfermedad o del problema)
- ◆ Resultados de los exámenes de laboratorio, rayos-X, u otros exámenes
- ◆ Medicinas que me han sido recetadas
- ◆ Información sobre de cómo contactarme incluyendo mi nombre, número de seguro social, dirección, teléfono, etc.
- ◆ Información personal sobre de mi, incluyendo sexo, etnicidad y edad

Información que existe dentro de mi expediente médico:

- Salud mental (excluyendo las notas psicoterapeutas)
- Abuso de drogas o alcohol
- Exámenes o tratamientos para el SIDA

EL SISTEMA ICARE

Yo entiendo que estoy visitando a un proveedor de salud que es miembro del Integrated Care Collaboration (ICC), y que todos los miembros del ICC están conectados vía una base de datos computarizada que les permite compartir información entre ellos, o con otros miembros que se añada al ICC. Yo entiendo que mi información solamente se puede agregar a esta base de datos computarizada y compartida con los miembros del ICC si yo lo autorizo.



RAZONES POR LAS CUALES LOS MIEMBROS DEL ICC NECESITAN COMPARTIR INFORMACION

Al compartir información sobre su salud, su proveedor medico le ayuda a proporcionarle una mejor calidad de cuidado a usted y a su familia.

- ◆ Le ayuda a su médico a entender mejor su historia de salud médica.
- ◆ Le ayuda a su médico a hacer un diagnóstico más educado.
- ◆ Le ayuda a su médico a ofrecerle mejor tratamiento y a manejar mejor su problema médico.
- ◆ Evita que le hagan pruebas innecesarias o le den medicinas que lo puedan perjudicar.
- ◆ Le ayuda a los expertos a investigar el cuidado médico para personas sin seguro para que puedan hacer sugerencias para mejorar el cuidado médico para todos.
- ◆ Ayuda a identificar si se le puede otorgar un descuento sobre el costo de sus medicinas basado en su cuidado médico previo.

TODOS LOS MIEMBROS DEL ICC PUEDEN VER MI INFORMACIÓN MEDICA CONFIDENCIAL

Yo comprendo que firmando esta Autorización, les otorgo permiso a todos los miembros del ICC, sus empleados autorizados y proveedores médicos a ver mi información. Los miembros del ICC pueden ver mi información aunque no sean mis proveedores de asistencia médica usual y aunque no tengan mis historiales médicos.

BENEFICIO DEL DESCUENTO EN LA FARMACIA

Los miembros del ICC utilizan un programa que les ayuda a determinar si algunas personas pueden recibir sus medicinas a un costo reducido basado en su cuidado anterior. Comprendo que si comparto mi información, mis médicos podrán ayudarme a calificar para este beneficio.

RIESGO DE QUE OTRAS PERSONAS PUEDAN VER MI INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL

Yo comprendo que cuando otorgo permiso para compartir mi información médica con alguna otra persona que no es un proveedor médico y quien no tiene que conformarse con las leyes de HIPAA, mi información podría ser compartida con otras personas a las cuales estas leyes federales no se aplican. Esto también es cierto para los miembros de ICC. El ICC no puede controlar cómo mi información será utilizada por el miembro del ICC que reciba mis datos bajo esta autorización.

MIS DERECHOS

TENGO EL DERECHO DE NO FIRMAR

Entiendo poseer el derecho a negarme a firmar esta Autorización. Si me niego, mi habilidad de conseguir asistencia médica, el costo, la matriculación o la elegibilidad para beneficios no serán afectados.

PUEDO CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN

Entiendo que aunque firme este documento, mantengo el derecho de cambiar de opinión. Si decido cancelar esta Autorización, lo deberé hacer por escrito. Mi cancelación no afectará ninguna acción que ya haya sido hecha basada en mi aceptación original de esta Autorización, como información confidencial que ya ha sido compartida con miembros del ICC. Deberé darle directamente a mi proveedor por escrito o entregar o enviar mi nota de cancelación o carta al:

ICC
8627 No. Mopac, Suite 140
Austin TX 78759



Yo entiendo que si cancelo esta Autorización, puede tardar hasta 72 horas (3 días) para que mi información en la base de datos computarizado no se pueda compartir con los otros miembros del ICC.

YO TENGO EL DERECHO DE VER MI HISTORIA MEDICA

Entiendo que si firmo esta Autorización, tengo el derecho de recibir una copia de este documento y de saber que información será compartida. Si quiero ver mi historia médica, deberé pedirle la información a mi proveedor médico y no al ICC. También entiendo que podría haber un costo asociado con las copias de mi historia médica.

Esta Autorización revoca y reemplaza cualquier autorización(es) previa que he firmado. Esta Autorización termina dos (2) años desde el día que yo la firme a menos de que la cancele por escrito antes de esta fecha.

Nombre del paciente	Firma de la persona autorizada	Fecha
---------------------	--------------------------------	-------

Nombre de la persona que firma (si es diferente del paciente)	Relación al paciente	Fecha
--	----------------------	-------

Testigo

La información a la cual se refiere en esta forma puede ser compartido de su expediente médico, el cual está protegido por las leyes federales de privacidad (42 CFR Parte 2). Estas leyes federales prohíben que esta información se comparta a menos de que la persona haya recibido información sobre como utilizará la información y se haya obtenido por escrito el permiso de la persona a la cual le pertenece la información o a la cual se le otorga dar permiso a través de la ley federal 42 CFR parte 2. Una autorización general para otorgar permiso sobre el expediente médico u otra información no es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen el uso de la información para propósitos de investigación criminal o prosecución por el abuso de drogas o alcohol por el paciente.