



Preguntas y Respuestas de la Forma de Autorización

¿Qué es el ICC?

El Integrated Care Collaboration (ICC) es un grupo de proveedores sin fines de lucro que dan cuidado de la salud en el área de Austin que trabajan juntos para darle a usted y a sus vecinos mejor cuidado de la salud a un costo más accesible. Estos proveedores de cuidado de salud probablemente son los que le proveen sus servicios médicos.

La forma “ICC Autorización para Usar y Revelar Información Confidencial” es muy larga y difícil para entender. ¿Qué es lo que realmente dice?

La forma dice que usted da su permiso para que los proveedores de cuidado médico de ICC compartan entre ellos su información de salud cuando usted recibe atención médica. La única información que comparten entre ellos es información tocante a su condición médica, prescripciones, exámenes médicos, y diagnosis que sucedieron durante una visita a cualquier Miembro de ICC.

¿Por qué es que el ICC quiere que yo firme esta forma?

Cuando los proveedores (como hospitales, clínicas, y médicos) quien son miembros comparten información sobre su salud, usted puede recibir mejor tratamiento y ahorrar tiempo. Si usted no firma la forma, entonces por ley no podemos compartir esta información.

¿Por qué es que la Autorización específicamente menciona información de VIH/SIDA, salud mental y abuso de sustancias?

Esto se menciona por que tenemos que informarle que si usted ha recibido exámenes o tratamiento por estas enfermedades, entonces esta información puede ser compartida.

¿La autorización le permite al ICC de compartir mi información de mi salud personal con cualquiera afuera de ICC?

No. Las unicas personas que tienen autorización de ver su información son los Miembros de ICC y las personas quien les ayudan a proveer cuidado de salud a usted, tal como médicos, y personas que trabajan por el ICC.

Al firmar la autorización, ¿El ICC va a compartir mi información con el Gobierno de los EEUU?

No. Esta información es confidencial, y sólo será compartida con los miembros de ICC.

Si yo doy mi permiso, ¿Es posible que los miembros de ICC puedan ver mi información cuando ellos quieran, aunque yo no este recibiendo cuidado médico?

Nuestro reglamento es que sólo la persona que está dando cuidado de salud tendrá su permiso para ver su información. Tenemos varios modos de prevenir que alguien viole este reglamento, pero en el caso de que alguien lo viole, tenemos la habilidad de decirle quien cometió la violación y cuando sucedió.

Si yo firmo la autorización en un lugar, y después necesito obtener atención médica en otro lugar, ¿Cuanto tiempo se tarda para que reciban mi información?

La primera vez que nos da permiso de compartir su información, se llevará algunas dos semanas para ponerlo en nuestro sistema. Después de eso, la información estará disponible en nuestro sistema cuando quiera y dondequiera que usted necesite atención médica, y la información será actualizada automáticamente.

¿Qué pasa si pierdo mi tarjeta que me han dado después de haber firmado la autorización?

La tarjeta es importante porque puede ayudarle a obtener cuidado médico más fácil, así es que usted debe de guardar la tarjeta en un lugar seguro y mostrarla en cada visita a un proveedor de cuidado médico de ICC. Si usted la pierde, nosotros podemos reponer la tarjeta la próxima vez que visite a un proveedor de ICC.

¿Qué pasa si firmo la autorización, pero después decido que ya no quiero participar?

Comuníquese con nosotros y díganos que usted quiere “anular” la autorización (o lo puede hacer la próxima vez que reciba cuidado médico por algún Miembro de ICC). Después tire su tarjeta.

¿Puedo obtener copias de cualquier información de mi salud que se compartió?

Sí. Todo lo que necesita hacer es pedirle una copia a su proveedor o preguntarnos directamente.

¿Recibiré cuidado médico aunque no firme?

Sí. Usted no tiene que firmar para recibir cuidado médico.

Si acaso tengo preguntas o deseo más información, ¿Cómo me puedo comunicar con el ICC?

Nuestra dirección es: 8627 N. Mopac Expwy., Ste. 140, 78759. Nuestro número de teléfono es 804-2090.

Es nuestro deseo que se sienta confortable en firmar la Autorización. Sin embargo, si usted decide que no va a firmar, nos ayudaría si nos puede explicar la razón por la cual no quiso firmar. Por favor díganos, pero no tiene que firmar su nombre.

YO NO FIRMO LA AUTORIZACIÓN POR LA RAZÓN QUE:
