

### Details about the information accessed through Healthix or Bronx RHIO and the consent process:

1. **How Your Information May Be Used.** Your electronic health information will be used **only** for the following healthcare services:
  - **Insurance Eligibility Verification.** Check whether you have health insurance and what it covers.
  - **Care Management Activities.** These include assisting you in obtaining appropriate medical care, improving the quality of services provided to you, coordinating the provision of multiple health care services provided to you, or supporting you in following a plan of medical care.
  - **Quality Improvement Activities.** Evaluate and improve the quality of medical care provided to you and all patients.
2. **What Types of Information about You Are Included.** If you give consent, the Health Plan listed may access ALL of your electronic health information available through Healthix and Bronx RHIO. This includes information created before and after the date this form is signed. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medicines you have taken. This information may include sensitive health conditions, including but not limited to:
  - Alcohol or drug use problems
  - Birth control and abortion (family planning)
  - Genetic (inherited) diseases or tests
  - HIV/AIDS
  - Mental health conditions
  - Sexually transmitted diseases
3. **Where Health Information About You Comes From.** Information about you comes from places that have provided you with medical care or health insurance ("Information Sources"). These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, health insurers, the Medicaid program, and other organizations that exchange health information electronically. A list is available at [www.AmidaCareNY.org](http://www.AmidaCareNY.org) or at an Amida Care office. You can obtain an updated list at any time from Healthix's website - [www.healthix.org](http://www.healthix.org) or calling 877-695-4749 and from Bronx RHIO's website - [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) or calling 718 708-6630.
4. **Who May Access Information About You, If You Give Consent.** Only doctors and other staff members of the Organization(s) you have given consent to access who carry out activities permitted by this form as described above in paragraph one.
5. **Public Health and Organ Procurement Organization Access.** Federal, state or local public health agencies and certain organ procurement organizations are authorized by law to access health information without a patient's consent for certain public health and organ transplant purposes. These entities may access your information through Healthix for these purposes without regard to whether you give consent, deny consent or do not fill out a consent form.
6. **Penalties for Improper Access to or Use of Your Information.** There are penalties for inappropriate access to or use of your electronic health information. If at any time you suspect that someone who should not have seen or gotten access to information about you has done so, call Amida Care's HIPAA Help Line at: 866-857-4040 or email [hipaa@AmidaCareNY.org](mailto:hipaa@AmidaCareNY.org); or call the NYS Department of Health at 518-474-4987; or follow the complaint process of the federal Office for Civil Rights at the following link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Re-disclosure of Information.** Any organization(s) you have given consent to access health information about you may re-disclose your health information, but only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. Alcohol/drug treatment-related information or confidential HIV-related information may only be accessed and may only be re-disclosed if accompanied by the required statements regarding prohibition of re-disclosure.
8. **Effective Period.** This Consent Form will remain in effect until the day you change your consent choice or until such time as Healthix or Bronx RHIO ceases operation. If Healthix or Bronx RHIO merge with another Qualified Entity your consent choices will remain effective with the newly merged entity.
9. **Changing Your Consent Choice.** You can change your consent choice at any time and for any Provider Organization or Health Plan by submitting a new Consent Form with your new choice. Organizations that access your health information through Healthix or Bronx RHIO while your consent is in effect may copy or include your information in their own medical records. Even if you later decide to change your consent decision they are not required to return your information or remove it from their records.
10. **Copy of Form.** You are entitled to get a copy of this Consent Form.



## Authorization for Access to Patient Information Through a Health Information Exchange Organization

Patient First Name	Initial	Patient Last Name
Patient Date of Birth	CIN#	
Patient Address		
Patient City	Patient's State	Patient's Zip Code

I request that health information regarding my care and treatment be accessed as set forth on this form. I can choose whether or not to allow Amida Care to obtain access to my medical records through the health information exchange organization called Healthix and Bronx RHIO. If I give consent, my medical records from different places where I get health care can be accessed using a statewide computer network. Healthix and Bronx RHIO are not-for-profit organizations that shares information about people's health electronically and meet the privacy and security standards of HIPAA and New York State Law. To learn more visit Healthix's website at [www.healthix.org](http://www.healthix.org) or Bronx RHIO at [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org).

**The choice I make in this form will NOT affect my ability to get medical care. The choice I make in this form does NOT allow health insurers to have access to my information for the purpose of deciding whether to provide me with health insurance coverage or pay my medical bills.**

<p><b>My Consent Choice.</b> ONE box is checked to the left of my choice.</p> <p style="margin-left: 40px;">I can fill out this form now or in the future.</p> <p style="margin-left: 40px;">I can also change my decision at any time by completing a new form.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. I GIVE CONSENT</b> for Amida Care to access ALL of my electronic health information through Healthix and Bronx RHIO to provide health care.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. I DENY CONSENT</b> for Amida Care to access my electronic health information through Healthix and Bronx RHIO for any purpose.</p>

If I want to deny consent for all Provider Organizations and Health Plans participating in Healthix and/or Bronx RHIO to access my electronic health information I may do so by contacting them directly as follows: Healthix at their website, [www.healthix.org](http://www.healthix.org) or calling 877-695-4749; Bronx RHIO at their website, [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) or calling 718-708-6630.

My questions about this form have been answered and I have been provided a copy of this form.

Signature of Patient or Patient's Legal Representative	Date
Print Name of Patient	
Print Name of Legal Representative (if applicable)	Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable)

### Detalles sobre la información accedida a través de Healthix y/o Bronx RHIO y el proceso de consentimiento:

1. Cómo puede ser usada su información. Su información electrónica de salud sólo será usada para los siguientes servicios de atención de la salud:
  - **Verificación de elegibilidad de seguro.** Verificar si tiene seguro de salud y qué cubre.
  - **Actividades de administración de la atención.** Incluyen ayudarle para obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios provistos, coordinar la provisión de múltiples servicios de atención de la salud provistos a usted, o apoyarlo para seguir un plan de atención médica.
  - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica provista a usted y a todos los pacientes.
2. **¿Qué tipos de información acerca de su persona se incluyen?** Si otorga su consentimiento, el plan de salud que figura aquí puede acceder a TODA su información electrónica de salud, disponible a través de Healthix y Bronx RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha en que se firmó este formulario. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedad o heridas que haya tenido (como diabetes o fracturas de huesos), resultados de exámenes (como rayos X o de sangre), y contener los medicamentos que ha tomado. Esta información puede incluir enfermedades como, entre otras:
  - Problemas de uso de drogas o alcohol
  - Control natal y abortos (planificación familiar)
  - Enfermedades o exámenes genéticos (hereditaria)
  - VIH/SIDA
  - Enfermedades mentales
  - Enfermedades de transmisión sexual
3. **¿De dónde viene la información de salud acerca de su persona?** La información sobre usted viene de lugares que le han brindado atención médica o seguro de salud ("Fuentes de información"). Pueden ser hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid, y otras organizaciones que intercambian información electrónica sobre su salud. La lista está disponible en [www.AmidaCareNY.org](http://www.AmidaCareNY.org) o en una oficina de Amida Care. Puede obtener una lista actualizada en el sitio web de Healthix - [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o llamando al 877-695-4749 y el sitio web de Bronx RHIO - [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llamando al 718 708-6630.
4. **Quién puede acceder a la información acerca de su persona, si da su consentimiento.** Solo los doctores y otro personal de las organizaciones a las que haya dado su consentimiento de acceso que lleven a cabo actividades permitidas por ese formulario según lo descrito anteriormente en el párrafo uno.
5. **Acceso a salud pública y organizaciones de donación de órganos.** Las agencias de salud federales, estatales o públicas locales y algunas organizaciones de donación de órganos están autorizados por ley para acceder a información de salud sin el consentimiento de un paciente con determinados fines de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades pueden acceder a su información a través de Healthix y/o Bronx RHIO con este fin, sin importar si usted brinda o niega su consentimiento o si llena o no un formulario de consentimiento.
6. **Penalización por acceso inapropiado o uso de su información.** Hay penalización por el acceso inapropiado o el uso de su información electrónica de salud. Si en cualquier momento sospecha que alguien que no debería haber visto o accedido a su información de salud lo ha hecho, llame a la línea de ayuda HIPAA de Amida Care al: 866-857-4040 o por correo electrónico a [hipaa@AmidaCareNY.org](mailto:hipaa@AmidaCareNY.org); o llame al Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York al 518- 474-4987; o siga el proceso de reclamación de la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Redivulgación de información.** Cualquier organización a la que haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud puede volver a divulgarla, sólo dentro de lo permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. La información relacionada con tratamientos por droga y/o alcohol o información confidencial relacionada con VIH sólo puede ser accedida y revelada nuevamente si se cuenta con las declaraciones requeridas respecto a la prohibición de la redivulgación.
8. **Período de validez.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que cambie su elección de consentimiento o hasta que Healthix y/o Bronx RHIO dejen de operar. Si Healthix o Bronx RHIO se unen con otra entidad calificada, sus elecciones de consentimiento conservarán su validez con la nueva entidad fusionada.
9. **Cambiar su elección de consentimiento.** Puede cambiar su elección de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización proveedora o plan de salud enviando un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix y/o Bronx RHIO durante la vigencia de su consentimiento pueden copiar o incluir su información en sus registros médicos. Incluso si usted decide más tarde cambiar su decisión de consentimiento, no están obligados a devolver su información o borrarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.



## Autorización para acceder a información sobre pacientes A través de una Organización de Intercambio de Información de Salud

Nombre del Paciente	Inicial	Paciente pasado Nombre
Fecha de nacimiento del paciente	CIN#	
Dirección del Paciente		
Ciudad del Paciente	Estado del Paciente	Código postal del Paciente

Solicito que se pueda acceder a información de salud respecto a mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario. Puedo decidir si permito o no a Amida Care el acceso a mis registros médicos a través de las organizaciones de intercambio de información de salud llamadas Healthix y Bronx RHIO. Si doy mi consentimiento, mis registros médicos de los diferentes lugares donde recibo atención de salud pueden ser accedidos usando una red de computadoras que abarca todo el estado. Healthix and Bronx RHIO son organizaciones sin fines de lucro que comparten información sobre la salud de las personas en forma electrónica y cumplen con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y la Ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio web de Healthix en [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o el de Bronx RHIO en [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org).

**La elección que tome en este formulario NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que tome en este formulario NO permite a las aseguradoras de salud acceder a mi información con el propósito de decidir si ofrecerme cobertura de seguro de salud o pagar mis facturas médicas.**

**Mi elección de consentimiento.** UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario.

**1. DOY MI CONSENTIMIENTO** a Amida Care para acceder a TODA mi información de salud electrónica a través de Healthix y Bronx RHIO para proveer atención de salud.

**2. NIEGO MI CONSENTIMIENTO** a Amida Care para acceder a mi información de salud electrónica a través de Healthix y Bronx RHIO con cualquier fin.

Si deseo negar el consentimiento a todas las Organizaciones Proveedoras y Planes de Salud que participan con Healthix y/o Bronx RHIO para acceder a mi información de salud pública, puedo hacerlo comunicándome con ellos en forma directa: Healthix en su sitio web, [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o llamando al 877-695-4749; Bronx RHIO en su sitio web, [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llamando al 718-708-6630.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del Paciente o representante legal del mismo	Fecha
Imprimir Nombre del Paciente	
Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)	Relación del representante legal con el Paciente (si corresponde)