
Nombre del paciente en imprenta
Print Name of Patient

Fecha de nacimiento del paciente
Patient's Date of Birth

Fecha
Date

Firma del paciente o del representante legal del
paciente
Signature of Patient [~~Á~~] or ~~Á~~* ~~Á~~
Representative

Nombre del representante legal en imprenta y relación
(si corresponde)
Print Name of Legal Representative

Hoja informativa del HIE de NYU Langone, Care Everywhere y Healthix

Detalles sobre la información del paciente intercambiada a través del HIE, Care Everywhere y Healthix, y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se usará su información.** La información electrónica sobre su salud será utilizada por los Participantes del HIE y los Proveedores de Care Everywhere únicamente para:

Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.

Verificar si cuenta con seguro médico y lo que cubre.

Evaluar y mejorar la calidad de atención médica que se brinda a

8. **Renunciar a su consentimiento.** Usted puede renunciar a su consentimiento en cualquier momento firmando un nuevo Formulario de Consentimiento y seleccionando **NO DOY MI CONSENTIMIENTO**. Puede obtener estos formularios en el sitio de HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Una vez completo, envíelo por fax al 917-829-2096 o entrégueselo a su médico.

Nota: Las organizaciones, incluidos los Proveedores de Care Everywhere, que accedan a la información sobre su salud a través del HIE o Healthix mientras su consentimiento esté vigente pueden copiar o incluir la información en sus propios expedientes médicos. Aunque usted decida con posterioridad retirar su consentimiento, estas organizaciones no están obligadas a devolver o eliminar tal información de sus expedientes.

9. **Negarse a tildar un casillero (elegir una opción).** A menos que seleccione el casillero de _____, las leyes del estado de Nueva York permiten que las personas que lo asistan durante una emergencia tengan acceso a sus expedientes médicos, incluidos los expedientes que se encuentren disponibles mediante el HIE. S