



The Arizona Health Information Organization statute requires the signature of a patient or health care decision maker acknowledging that the patient or guardian has received, read and understands the HIO Notice.

### ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF HEALTH INFORMATION PRACTICES

I acknowledge that I have received, read, and understand the Health Information Organization's Notice of information Practices.		
Patient Name (print):		Date:
Signature of Patient or Guardian:		

### ACUSE DE RECIBO DE PRACTICAS DE INFORMACION MEDICA

Reconozco que he recibido, leído y entendido el Aviso de Prácticas de Información Médica.		
Nombre de Paciente (print):		Fecha:
Firma de Paciente o Tutor Legal:		

<p>If the patient or guardian are unable to provide a signature,</p> <p>I, _____ (DSCHC Employee)          _____ (Print)          _____ (DSCHC Signature),          _____ (Signature)</p> <p>state that the patient or guardian listed above has received, read, and understands the Health Information Organization's notice of information practices.</p>
---

SCAN THIS DOCUMENT INTO THE PATIENT'S MEDICAL RECORD

## Aviso sobre Prácticas de Información Médica

Usted recibe este aviso porque su proveedor de atención médica participa en un servicio de información electrónica que ofrece la red de información médica Health Information Network of Arizona (HINAZ), organización no gubernamental y sin fines de lucro 501(c)(3). Este servicio no tiene costo y puede ayudar a su médico y a los proveedores de atención médica a coordinar mejor su atención al *compartir de forma segura su información médica*. Este aviso explica cómo se hace el intercambio de información electrónica y le ayudará a entender sus derechos con respecto a ese servicio según la ley de Arizona.

**Si usted desea que su médico y otros proveedores de atención médica intercambien de forma segura y electrónica su información médica para coordinar mejor su atención médica, NO NECESITA HACER NADA.**

Se compartirá automáticamente su información entre sus proveedores de atención médica, a menos que usted decida no hacerlo. (Consulte **Los Derechos sobre el Intercambio de Información Electrónica** en la última página de este aviso).

**¿Qué significa “compartir de forma segura” la información y cómo puede ayudarle esto a recibir una mejor atención?**

En un sistema médico de registro en papel, las pruebas médicas o los resultados de laboratorios se envían por correo o fax al médico de atención primaria. Pero, a veces los registros en papel o fax se pierden o no llegan a tiempo para la visita al médico. Con el intercambio electrónico, los médicos y los proveedores de atención autorizados podrán compartir la información médica de forma segura y a tiempo.

**¿Qué información médica se puede compartir de forma segura?**

Las clínicas autorizadas podrán intercambiar varios tipos de información médica sobre usted, que incluye, pero no se limita a:

- Hospital: información sobre admisiones y altas de hospitales que usan el servicio
- Historial médico
- Medicamentos que toma
- Allergies – incluidas alergias a medicamentos
- Resultados de pruebas de Doctor laboratorio e informes de radiología
- Información sobre las consultas con el médico
- Inscripción en el plan médico y elegibilidad

**¿Quién puede ver su información médica de forma electrónica?**

*Solo las personas involucradas en su atención tienen acceso a la información.* Esto puede incluir a médicos, enfermeras y otros proveedores de atención que brindan y coordinan su atención. Su empresa de seguro médico también puede ver la información para coordinar y gestionar su atención.

**¿De qué manera se protege su información médica?**

Bajo la ley federal (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos o HIPAA), HINAZ debe proteger su información médica privada. Cada persona con acceso autorizado tiene un nombre de usuario único y una contraseña, y recibe capacitación antes de poder acceder a su información, para que sepa cómo protegerla. Además, el sistema registra cada vez que alguien consulta su información médica y usted puede pedir la lista de personas que vieron su información y cuándo lo hicieron.

**Además, hay una medida de seguridad adicional.**

La información se comparte mediante una transmisión segura y codificada.

## Derechos sobre el Intercambio de Información Electrónica

Si usted no hace nada y su información se comparte de forma segura con los proveedores de atención médica, usted puede:

1. **Pedir una copia de la información médica** disponible para intercambio. Pedirle a su proveedor de atención médica que le dé una copia dentro de 30 días o antes.
2. **Pedir que se corrija cualquier información.** Si sabe qué proveedor incluyó información incorrecta en la información de intercambio con otros proveedores, puede pedirle al proveedor que la corrija.
3. **Pedir una lista de los proveedores que han visto su información.** Comunicarse con HINAZ para obtener una lista de las personas que han visto su información. Infórmele a HINAZ si usted cree que alguien ha visto su información indebidamente.

Usted tiene el derecho, de acuerdo con el artículo 27, sección 2 de la Constitución de Arizona, de impedir que su información se comparta de forma electrónica. Específicamente, usted puede:

1. **Optar por no compartir su información para intercambio.** Si decide no compartir su información, debe pedirle a su proveedor la Forma de Cambio de Exclusión (Opt Out Change Form). Después de enviar el formulario, su información ya no estará disponible para intercambio; pero existen riesgos, especialmente en caso de una emergencia, si usted no permite que los proveedores de atención médica compartan la información médica de forma segura.
2. **Decidir que se excluya alguna información del intercambio.** Por ejemplo, si consultó con un clínico y no desea compartir esa información, puede prevenirlo. En el Formulario de Cambio de Consentimiento, complete la información y el nombre del proveedor para la información que no desea compartir. *Atención:* Si ese proveedor trabaja para una organización (como un hospital o grupo de médicos), es posible que se bloquee toda la información de ese hospital o grupo de médicos.
3. **Cambiar su decisión, en cualquier momento.** Si usted hoy dice que no, puede cambiar su decisión, en cualquier momento. Si usted no hace nada y permite que se compartan los registros médicos, puede decidir no hacerlo mediante el formulario Cambio de Consentimiento del Paciente al Intercambio de Información Médica.

Si tiene preguntas o desea obtener más información:

Llame al (602) 688-7200

Envíe un correo electrónico a [TheNetwork@azhec.org](mailto:TheNetwork@azhec.org) / Visite [www.azhec.org](http://www.azhec.org)



3877 N. 7<sup>th</sup> Street, Suite 130 • Phoenix, AZ 85014