



Nombre del proveedor/institución

## Acerca de PSYCKES

La Oficina de Salud Mental del Estado de New York mantiene el Sistema de Mejora de Servicios Psiquiátricos y Clínicos (PSYCKES, por sus siglas en inglés). Esta base de datos en línea almacena una parte de su historia clínica y otra información sobre su salud. Puede ayudarles a sus proveedores de servicios de salud a prestarle la atención correcta cuando la necesite.

La información de PSYCKES proviene de sus registros médicos de la base de datos de Medicaid del Estado de NY y de otras fuentes. Visite [www.psyckes.org](http://www.psyckes.org), y oprima **About PSYCKES (Acerca de PSYCKES)**, para ver más información sobre el programa y de dónde provienen sus datos.

Estos datos incluyen:

- Su nombre, fecha de nacimiento, dirección y otros datos que lo identifican;
- Sus servicios de salud pagados por Medicaid;
- Su historial de servicios de salud, como las enfermedades y lesiones tratadas, los resultados de estudios y sus medicamentos;
- Más información que usted o sus proveedores de servicios de salud capturan en el sistema, como un plan de seguridad sanitaria.

## Lo que debe hacer

Su información es confidencial, lo que significa que otras personas necesitan permiso para verla. Llene este formulario ahora o en cualquier momento si desea otorgar o negar a sus proveedores el acceso a sus registros. Lo que decida no afectará su derecho a la atención médica y a la cobertura de seguro de salud.

Lea el reverso de esta página detenidamente antes de marcar una de las casillas siguientes. Elija:

- "OTORGO MI CONSENTIMIENTO" si quiere que este proveedor, y los miembros de su personal que participan en su atención, puedan ver su información en PSYCKES.
- "NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO" si no quiere que la vean.

Si no otorga su consentimiento, habrá algunas ocasiones en las que este proveedor podría ver su información médica en PSYCKES, o recibirla de otro proveedor, cuando las leyes y normas estatales y federales lo permitan.<sup>1</sup> Por ejemplo, si Medicaid tiene alguna inquietud sobre la calidad de sus servicios de salud, su proveedor puede recibir acceso a PSYCKES para ayudarle a determinar si usted está recibiendo la atención correcta en el momento correcto.

## Su decisión. Marque solamente 1 casilla.

- OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que el proveedor, así como su personal que participa en mi atención, obtengan acceso a mi información médica para mis servicios de salud.
- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que este proveedor obtenga acceso a mi información médica, pero entiendo que podría verla cuando las leyes y normas federales y estatales lo permitan.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Número de ID de Medicaid del paciente

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Nombre del representante legal en letra de molde (si lo tiene)

Relación del representante legal y el paciente (si lo tiene)

<sup>1</sup> Las leyes y normas incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental de NY, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo a 42 CFR Parte 2 y a 45 CFR Partes 160 y 164 (también conocidas como "HIPAA").

- 1 **Cómo pueden los proveedores usar su información médica.** Solamente pueden usarla para:
  - Brindar tratamiento médico, coordinación de la atención y servicios relacionados.
  - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica.
  - Notificar a sus proveedores de tratamiento en caso de emergencia (por ejemplo, si usted acude a la sala de emergencias).
  
- 2 **A qué información tienen acceso.** Si usted otorga su consentimiento, \_\_\_\_\_ puede ver TODA su información médica en PSYCKES. Esta puede incluir información de sus registros médicos, como enfermedades o lesiones (por ejemplo, diabetes o un hueso fracturado), resultados de análisis (radiografías, análisis de sangre o estudios de detección), resultados de evaluaciones y medicamentos. Puede incluir planes de atención, planes de seguridad y directivas psiquiátricas por adelantado que elaboren usted y su proveedor de tratamiento. Esta información también puede relacionarse con trastornos médicos delicados que incluyen, entre otros:
  - Trastornos de salud mental
  - Consumo de drogas o alcohol
  - Anticonceptivos y abortos (planificación familiar)
  - Enfermedades y pruebas genéticas (hereditarias)
  - VIH/sida
  - Enfermedades de transmisión sexual
  
- 3 **De dónde proviene la información** Todos sus servicios de salud pagados por Medicaid formarán parte de su expediente. También los servicios que reciba de un centro psiquiátrico operado por el estado. Parte de la información de sus registros médicos, pero no toda ella, se almacena en PSYCKES, al igual que los datos que capturen usted y su médico. Sus registros en línea incluyen su información médica de otras bases de datos del Estado de NY, y pueden añadirse nuevas bases de datos. Para ver la lista actual de fuentes de datos y más información sobre PSYCKES, visite: [www.psyckes.org](http://www.psyckes.org) y vea "About PSYCKES" (Acerca de PSYCKES), o pídala a su proveedor que le imprima la lista.
  
- 4 **Quiénes pueden acceder a su información, con su consentimiento.** Los médicos de \_\_\_\_\_ y otros miembros del personal que participan en su atención, así como los proveedores de servicios de salud que cubren o están de guardia en \_\_\_\_\_, Los miembros del personal que desempeñen las funciones descritas en el punto 1 también pueden acceder a su información.
  
- 5 **Acceso o uso inapropiado de su información.** Hay sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información médica de PSYCKES. Si en cualquier momento sospecha que alguien ha visto o consultado su información cuando no debería haberlo hecho, llame a:
  - \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, o a
  - Relaciones con Clientes de la Oficina de Salud Mental del Estado de NY al **800-597-8481**.
  
- 6 **Compartir su información.** \_\_\_\_\_ puede compartir su información médica con otros solamente cuando las leyes y normas federales o estatales lo permitan. Esto se aplica a la información médica en forma electrónica o impresa. Algunas leyes estatales y federales también contemplan protecciones adicionales y requisitos adicionales para divulgar información médica delicada, como tratamientos contra VIH/sida o para drogas y alcohol.<sup>1</sup>
  
- 7 **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá una vigencia de 3 años desde la última fecha en que usted recibió servicios de \_\_\_\_\_, o hasta el día en que usted retire su consentimiento, lo que ocurra primero.
  
- 8 **Retiro de su consentimiento.** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento, formando y enviando un formulario de retiro de consentimiento a \_\_\_\_\_. También puede cambiar sus opciones de consentimiento si firma un nuevo formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en **[www.psyckes.org](http://www.psyckes.org)** o pedirlos a su proveedor llamando a \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_. Tome en cuenta que los proveedores que reciban su información médica de \_\_\_\_\_ mientras este formulario de consentimiento está vigente pueden copiar o incluir su información en sus registros médicos. Si usted retira su consentimiento, no tienen que devolver la información ni retirarla de sus registros.
  
- 9 **Copia del formulario.** Usted puede recibir una copia de este formulario de consentimiento después de que lo firme.

1 Las leyes y normas incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental de NY, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo a 42 CFR Parte 2 y a 45 CFR Partes 160 y 164 (también conocidas como "HIPAA").