

Lea el acuerdo y complete la inscripción firmando a continuación:

He recibido el folleto de CurrentCare que explica cómo CurrentCare ayuda a que mi información de salud, a través de una red informática, esté a disposición de hospitales, hogares de ancianos, médicos, laboratorios, otros proveedores de atención médica y planes de salud que participen en CurrentCare. Quiero que esta información se divulgue para mejorar mi atención y tratamiento. Si tengo preguntas, puedo llamar a la línea de información de CurrentCare al: 1-888-858-4815, o ingresar al sitio web: www.currentcareri.org.

Quiero inscribirme en CurrentCare. Comprendo que la información de salud está protegida por las leyes y normativas federales de privacidad y las Leyes Generales de Rhode Island, y que la Ley Federal y de Rhode Island se respetará para el acceso, el uso y la divulgación de mi información de salud. Entiendo que mi información de salud se puede recopilar, pero que no se puede acceder a ella ni divulgar a otras personas sin mi consentimiento. Al firmar este formulario, autorizo a los proveedores de atención médica que me traten actualmente y en el futuro, así como a los planes de salud en los que participo actualmente y en el futuro, para que brinden mi información de salud a CurrentCare. También, autorizo a CurrentCare a divulgar y permitir el acceso a mi información de salud a proveedores u organizaciones y profesionales de la salud que me traten actualmente y en el futuro, o estén involucrados en la coordinación de mi atención médica, a quienes estén participando en CurrentCare y a quienes haya autorizado en el reverso de este formulario. También, comprendo que al firmar este formulario de autorización, mi plan de salud puede acceder a mi información de salud según lo permitido por la ley a fin de gestionar mis cuidados de salud o proporcionar informes de medición de la calidad.

Comprendo que al firmar este formulario de autorización, estoy permitiendo la divulgación y el acceso a toda mi información de salud, esto incluye información relacionada con trastornos de uso de alcohol y sustancias, salud mental o conductual, VIH/SIDA, enfermedades o estudios genéticos, anemia falciforme y enfermedades de transmisión sexual. Si mi información de salud incluye alguno de estos tipos de información, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a CurrentCare y el acceso a dicha información por parte de los que se ha autorizado en el reverso de este formulario, o según lo permita la ley. Pude acceder a la lista de organizaciones de proveedores participantes que pueden acceder a mi información de salud en CurrentCare antes de dar este consentimiento y firmar este formulario de inscripción, y comprendo que esta lista cambiará conforme participen nuevos proveedores. Comprendo que puedo acceder a esa lista en currentcareri.org para ver qué proveedores y organizaciones están de acuerdo en participar y pueden tener acceso a mi información sobre trastornos por el uso de sustancias proporcionada en el futuro. Comprendo que tengo derecho a recibir una Lista de divulgaciones sobre el trastorno por el uso de sustancias proporcionada a CurrentCare por parte de un programa de 2 partes en los últimos dos años al llenar un formulario de Solicitud de lista de divulgaciones que está disponible en www.currentcareri.org.

Comprendo que los proveedores u organizaciones y profesionales de la salud, así como también los planes de salud que reciben o acceden a mi información de salud mediante CurrentCare en conformidad con esta autorización, pueden, a su vez, volver a divulgar esta información a otros proveedores u organizaciones de salud, o a los planes de salud que no participen en CurrentCare o por razones ajenas a la coordinación de mi atención y tratamiento médico, si así lo permite la ley. Es posible que esta información de salud se vuelva a divulgar a una persona o entidad que no fuera un proveedor de atención médica o plan de salud contemplado en las leyes federales o estatales de privacidad y, por lo tanto, ya no esté protegida por esas leyes (como en cumplimiento de una citación). Eximo a CurrentCare de toda responsabilidad que surgiere como consecuencia de que terceros vuelvan a divulgar mi información de salud.

Elijo voluntariamente inscribirme en CurrentCare y comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al completar un Formulario de cancelación de inscripción y entregarlo a CurrentCare. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones efectuadas ni el acceso a la información mientras mi autorización estuvo en vigencia, y no evitará futuras divulgaciones de esa información por parte de proveedores y profesionales de la salud o planes de salud que hayan recibido la información de CurrentCare en conformidad con esta autorización antes de mi revocación.

Comprendo que esta autorización es vitalicia o vencerá si CurrentCare o sus organizaciones sucesoras dejaran de existir y en el momento en que ello sucediera.

Si estoy inscribiendo a mi hijo menor de edad en CurrentCare, comprendo y acepto que cuando mi hijo tenga entre 10 y 18 años, CurrentCare no me brindará información sobre VIH/SIDA, enfermedades infecciosas, abortos, trastorno del uso de sustancias ni de planificación familiar. También, comprendo y acepto que si mi hijo tiene entre 16 y 18 años, o si mi hijo está casado y accedió a tratamiento de emergencia de rutina o atención quirúrgica, CurrentCare no me brindará dicha información.

Firma del paciente o representante autorizado

____/____/____
Fecha

EN LETRA DE MOLDE Nombre del paciente o del representante autorizado

Relación del representante autorizado:

- Padre o madre
 Tutor legal
 Poder notarial

Para el nombre del paciente:

¿Tiene alguna pregunta? Ingrese a nuestro sitio web en currentcareri.org o llame al 888-858-4815

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO. - Los pacientes o los representantes autorizados no deben completar esta sección.

EN LETRA DE MOLDE Nombre del autenticador o notario

____/____/____
Fecha