



La Cooperativa de Información de salud de Nuevo México
La Red estatal de intercambio de información médica
New Mexico Health Information Collaborative (NMHIC)
The Statewide Health Information Exchange (HIE) Network

Formulario de consentimiento del paciente
Patient Consent Form

Los hospitales, los médicos, y las clínicas usan diferentes sistemas de computación. Los médicos necesitan tener la información más completa de su salud para poder brindarle la mejor atención médica. La red colaborativa NMHIC HIE obtiene información de salud proveniente de muchas organizaciones de atención médica usando una Red de intercambio de información de la salud (HIE, por sus siglas en inglés). Esto le permite a su doctor ver la información más completa posible acerca del tipo de servicio médico que usted ha recibido en el pasado. Su doctor y demás personal médico tienen que tener su consentimiento para poder ver esta información.

Solo aquel personal médico autorizado de organizaciones participantes en NMHIC HIE puede ver su expediente médico con su permiso.

Mediante mi firma a continuación, estoy dando mi consentimiento a **UNM Health Sciences Center** para acceder parte o toda mi información médica proveniente de otras organizaciones participantes de NMHIC a fin de proveerme atención médica. Entiendo que este consentimiento estará vigente hasta el día que yo lo revoque por escrito o solicite que se me excluya voluntariamente (cláusula “opt-out” en inglés) de NMHIC HIE.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha y hora

Nombre del paciente o representante autorizado (letra de molde)

Relación con el paciente (si no es el paciente)

Firma del testigo autorizado (requisito)

Fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año)

Número de expediente médico del paciente

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono primario: _____

