

Mediante este formulario puede **dar o denegar consentimiento** para que la red de información de salud de Missouri Health Connection (MHC por sus siglas en Inglés) acceda a su expediente médico.

- Dar consentimiento significa permitir que sus proveedores de salud puedan compartir electrónicamente su expediente médico para ofrecerle mejores cuidados.
- Denegar consentimiento significa no permitir el acceso electrónico a la información de su expediente de salud mediante MHC para ningún efecto, aún en caso de emergencia.

Tego entendido que MHC y los proveedores de salud participantes en la red MHC Network:

1. Han de compartir mis datos de salud con proveedores que me estén proporcionando tratamiento.
2. Podrán ver mis expedientes de salud antes y después de la fecha de hoy.
3. Podrían usar o compartir mis datos de salud solo como lo permiten las leyes federales y estatales. Lo mismo se aplica a cualquier expediente médico en papel.

Esto puede incluir información delicada tal como:

- VIH/SIDA
- Salud mental y discapacidades del desarrollo
- Enfermedades de transmisión sexual
- Lesiones cerebrales y de médula espinal
- Enfermedades genéticas (hereditarias) o exámenes
- Problemas de Alcoholismo o abuso de sustancias
- Información sobre planificación familiar (inclusive aborto)

5. Podría copiar o incluir mis datos de salud en su propio expediente médico al tratarme. Los proveedores que me han tratado y hayan copiado mi expediente no están obligados a borrarlo aunque yo decida revocar el consentimiento en el futuro. Así lo estipula la ley vigente.
6. Imponer sanciones a cualquiera que divulgue mi información.
7. MHC hace seguimiento de quién accede a mi expediente para garantizar su seguridad. Puedo pedir a mi doctor o a MHC la lista de quién ha accedido a él. Lista de Proveedores: [missourihealthconnection.org](http://missourihealthconnection.org)

## *¿Que es el Missouri Health Connection (MHC)?*

Es la red electronica y segura de información sin fines lucrativos de Missouri que le permite a sus doctores y otros proveedores compartir con rapidez su expediente de salud para proporcionarle los mejores cuidados.

## *¿Quien puede acceder a la red MHC Network?*

Solo proveedores, organizaciones y profesionales que lo tratan, coordinan o mejoran sus cuidados, y que están relacionados a actividades de administración o pago de sus servicios de salud. La información médica está protegida por leyes federales y estatales de privacidad; su acceso, uso y divulgación debe ajustarse a estas leyes. En el consultorio de su doctor puede pedir la lista de quienes han accedido a los datos de su expediente.

**Doy consentimiento** de acceso a mis datos electrónicos de salud mediante MHC a proveedores que me proporcionan servicios de salud.

**Deniego el acceso** a a mis datos electrónicos de salud mediante MHC para cualquier efecto, inclusive en caso de emergencia.

Si sospecho o me entero que se accedió a mis datos o que se divulgaron inapropiadamente, puedo contactar a MHC en: info@MissouriHealthConnection.org or PMB 270, 2000 E. Broadway, Columbia, MO 65201-6091.

**También entiendo que:**

1. El uso de estos datos para mercadeo o publicidad o para determinar si puede acceder a un seguro o un empleo está estrictamente prohibido.
2. Mi consentimiento seguirá en vigor hasta el día que cancele y “opte salirme”, o MHC ya no exista; cualquiera de estas que ocurra primero.
3. Mi consentimiento de ingreso a MHC es voluntario y puedo cancelarlo en cualquier momento.
4. Puedo pedir una copia de este formulario después de firmarlo.

Puede cambiar de parecer en cualquier momento. Para cancelar el consentimiento complete la sección Denegar Consentimiento y entréguesela a su doctor, o mandela por correo a MHC.

Para ingresar de nuevo llene la sección Dar Consentimiento y entréguesela a su doctor.

Al firmar este formulario, doy o deniego consentimiento a los proveedores participantes de MHC de compartir todos mis expedientes de salud incluso información delicada, mediante MHC Network para suministrarme cuidados. MHC tiene derecho a contactarme para verificar identidad.

\_\_\_\_\_  
Mi Nombre (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre de soltera / Apodo / Nombre anterior

\_\_\_\_\_  
Mi Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Mi dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social

\_\_\_\_\_  
Sexo

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Firma de mi representante legal o mía\*

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

- *Si soy el padre o guardian de un niño, puedo consentir en nombre del menor solo hasta cuando cumpla 18. Al cumplir 18 el menor será sacado automaticamente a menos que él desee ingresar a la red MHC network.*

**To Be Completed By Notary Public *if submitted by mail***

State Of \_\_\_\_\_

County Of \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_  
(date) (name of person acknowledged)

Notary Print Name \_\_\_\_\_

Notary Sign Name \_\_\_\_\_

**Notary Stamp**

**Mail This Completed Form To:**

Missouri Health Connection  
PMB 270  
2000 East Broadway  
Columbia, MO 65201