

**Consentimiento Para Compartir Mi Información de Salud
Jackson Hinds Comprehensive Health Center Intercambio de Salud
Electronico(eHX)/Red de Información de Salud de Kansas (KONZA)**

¿Que es Jackson Hinds Comprehensive Health Center Intercambio de Salud Electronico(eHX)/Red de Información de Salud de Kansas (KONZA)?

El Jackson Hinds Comprehensive Health Center Intercambio de Salud Electronico(eHX)/Red de Información de Salud de Kansas (KONZA) está diseñado para mejorar su atención médica y hacer que las visitas al consultorio sean más fáciles y convenientes.

Esta autorización permitirá a todos sus médicos y demás personal autorizado, que participe en este eEHX/KONZA, acceder de manera adecuada y compartir de forma segura su información médica vital de forma electrónica, mejorando así la velocidad, la calidad y la seguridad de su atención médica. El formato digital de la información de salud ayuda a garantizar que todas las personas que participan en su atención trabajen con la misma información. Además, esto ayuda a mejorar el resultado de su salud.

Si acepta compartir su información a través de eEHX/KONZA, está dando su permiso para que el personal autorizado vea y obtenga acceso a sus registros electrónicos de salud. **Su elección de dar o negar el consentimiento no será la base para la denegación de los servicios de salud. Sin embargo, su información de salud no estará disponible para otros proveedores que participen en eEHX/KONZA para su tratamiento médico.**

Si marca la casilla "DOY CONSENTIMIENTO" a continuación, está diciendo "Sí, los miembros de eEHX/KONZA pueden ver y tener acceso a toda mi información de salud a través de eHX".

Si marca la casilla "NIEGO EL CONSENTIMIENTO" a continuación, está diciendo "No, los miembros de eEHX/KONZA no pueden tener acceso a mi información de salud a través de eEHX/KONZA para ningún propósito".

Lea detenidamente el formulario "Detalles Sobre su Información de Salud" antes de tomar su decisión.

Sus Opciones de Consentimiento: puede completar este formulario ahora o en el futuro. Tienes dos Opciones:

SÍ, DOY CONSENTIMIENTO, para que mis médicos me inscriban en eEHX/KONZA y para que los miembros de eEHX/KONZA accedan a TODA mi información de salud como se establece en este Formulario de Consentimiento.

NO, NIEGO EL CONSENTIMIENTO, para que mis médicos me inscriban en eEHX/KONZA y para que los miembros de eEHX/KONZA accedan a TODA mi información de salud como se establece en este Formulario de Consentimiento.

Nombre del Paciente/Tutor/Representante:

Firma del Paciente/Tutor/Representante:

Fecha:

Yo, _____, por la presente declaro que estoy autorizado a firmar este permiso en nombre del paciente de la siguiente manera:

Relación con el Paciente:

Fecha: