

**ACERCA DE HEALTHINFONET Y ESTE FORMULARIO DE INCLUSIÓN VOLUNTARIA**

**¿Qué es HealthInfoNet?** HealthInfoNet es un sistema informático seguro que recopila su información médica de diferentes ubicaciones de atención médica en un registro médico electrónico en todo el estado. Sus proveedores usan esta información para tomar mejores decisiones sobre su atención. También puede ayudarlos a prevenir errores, especialmente en una emergencia. Su historia clínica incluye información de medicamentos, alergias, resultados de pruebas y más.

**¿Mis registros son privados y están seguros?** HealthInfoNet encripta toda la información y utiliza conexiones seguras de computadora para recibir y compartir su información de salud. Solo las personas involucradas en su atención pueden ver su información. Para obtener más información sobre quién ha visto su registro de HealthInfoNet y cuándo lo vieron, usted puede visitar <http://hinfonet.org/for-patients>. Tenga en cuenta que ningún sistema es completamente seguro, pero HealthInfoNet hace todo lo posible para mantener sus registros seguros.

**¿Qué significa inclusión voluntaria?** Maine tiene reglas separadas sobre el intercambio de información de salud mental/VIH. Esta información sensible se mantiene privada a menos que decida compartirla en su registro de HealthInfoNet. Puede autorizar a cualquier proveedor a ver su información sensible en su registro de HealthInfoNet en cualquier momento a través del consentimiento verbal por única vez. Y en el caso de una emergencia médica, sus proveedores tendrán acceso a ella. Sin embargo, completar este formulario también permitirá que su información médica sensible se comparta dentro de su registro de HealthInfoNet y esté disponible para sus proveedores por más de una vez y por más de una emergencia médica. Su decisión de compartir o no compartir esta información no afectará su capacidad para obtener atención médica.

**INSTRUCCIONES:**

- **SI NO DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE, NO HAGA NADA CON ESTE FORMULARIO.**
  - **SI DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE, COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.**
- ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR CONFIRME QUE YA ESTÁ COMPARTIENDO INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL CON HEALTHINFONET.**

Si desea optar por compartir su información médica sensible con HealthInfoNet, por favor complete TODAS las secciones del siguiente formulario y envíelo por correo a HealthInfoNet a [60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260](mailto:60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260) o por fax al [207-541-9258](tel:207-541-9258).

Alternativamente, si desea completar este formulario en línea, por favor visite: <https://map.hinfonet.org:8443/patientoptions/mhhivin>.

**ELIJO COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE CON HEALTHINFONET**

Entiendo que la información que se divulgará puede contener información sensible, y que solo si marco la casilla correspondiente a continuación autorizaré la divulgación de los tipos de información especificados: información sobre salud mental y/o VIH. Marque la casilla junto a su (s) elección(es):

**Información de salud mental**       Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la salud mental.

**Información sobre el VIH**       Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el VIH.

---

*Primer nombre**Segundo nombre**Apellido*

---

*Dirección**Ciudad**Estado**Código postal* Masculino     Femenino     X

/ /

- -

---

*Género**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**Número de Seguridad Social (no requerido)*

---

*Número de teléfono (XXX-XXX-XXXX)**Dirección de correo electrónico*

**Al firmar, entiendo que mi información médica confidencial estará disponible para los proveedores que utilicen HealthInfoNet.**

---

*Firma del paciente/tutor legal**Fecha (dd/mm/aaaa)*