FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de visita _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo al nacer -** **Masculino** ☐ **Femenino** ☐

Número de Seguro Social (opcional)_____ **Hispano - Sí** ☐ **No** ☐

Apellido legal _____ **Primer nombre legal** _____ **Inicial del segundo nombre** _____

Nombre preferido _____ **Raza** (p. ej., asiático/negro/blanco) _____

Teléfono de casa _____ **Número de celular** _____ **Dirección de correo electrónico** _____

Nombre del contacto de emergencia _____ **Parentesco** _____

Número de teléfono _____

SOLO DEBE COMPLETARSE SI EL PACIENTE TIENE 17 AÑOS O MENOS Y RECIBE SERVICIOS PEDIÁTRICOS O DE VACUNACIÓN

Primer nombre y apellido legal de la madre _____ **Fecha de nacimiento** _____

Primer nombre y apellido legal del padre _____ **Fecha de nacimiento** _____

Su nombre _____ **Parentesco con el niño** _____

Tutor legal - Sí ☐ **No** ☐

Nombre del contacto de emergencia _____ **Parentesco** _____ **Número de teléfono** _____

¿Podemos contactarlo por correo electrónico?
Sí ☐ **No** ☐

¿Quiere un mensaje de texto para recordatorios de citas?
Sí ☐ **No** ☐

La comunicación electrónica, que incluye mensajes de texto y correo electrónico, puede no ser un medio de comunicación seguro. Algunas de estas comunicaciones del Departamento of Health pueden contener información de salud confidencial y protegida. Entiendo y reconozco que existen riesgos en la comunicación electrónica, como, entre otros, la falta de encriptación, la intercepción electrónica por parte de otros, la intercepción por personas con acceso a mis dispositivos y la transmisión accidental a un número o correo electrónico equivocado. A pesar de estos riesgos, si respondo "sí" para recibir comunicaciones electrónicas, autorizo al Departamento de Salud a comunicarse por medios electrónicos. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento si firmo un formulario demográfico actualizado.

¿Quiere completar una directiva anticipada hoy? Sí ☐ **No** ☐

Una directiva anticipada (testamento vital) permite que alguien tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo.

¿Quiere participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE)? Sí ☐ **No** ☐

El HIE permite que su información médica esté disponible y sea vista electrónicamente por médicos y miembros de su equipo médico. Está diseñado para dar acceso rápido a los registros médicos para hacer que el tratamiento sea más efectivo y eficiente. Cualquier proveedor de atención médica autorizado y su equipo que acepte participar en el HIE puede acceder electrónicamente y usar su información de salud protegida, si es necesario, para darle tratamiento.

Enumere a todos los miembros de la familia que viven en su vivienda e indique el ingreso mensual si corresponde

(El ingreso incluye todas las ganancias de trabajos, pensiones, manutención infantil, Seguro Social, beneficios por fallecimiento, pensión alimenticia, compensación por desempleo/para trabajadores, beneficios para veteranos, inversiones, fondos fiduciarios, ingresos por alquiler, trabajo por cuenta propia, Asistencia Pública, subsidios o cualquier otro ingreso recibido).

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)	Parentesco	Ingreso mensual

Afirmo que la información que doy es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si doy información falsa o inexacta, los servicios pueden suspenderse y es posible que tenga que pagar por todos los servicios recibidos según la lista de tarifas correspondiente.
Regla del FAC 64f-10.003(5).

Firma _____ **Fecha**_____

REVOCACIÓN: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

PATIENT INFORMATION FORM

Date of Visit _____ **Date of Birth** _____ **Sex at Birth -** **Male** ☐ **Female** ☐

Social Security Number (optional)_____ **Hispanic - Yes** ☐ **No** ☐

Legal Last Name _____ **Legal First Name** _____ **MI** ____

Preferred Name _____ **Race** (e.g., Asian/ Black/ White) _____

Home _____ **Cell** _____ **Email Address** _____

Emergency Contact Name _____ **Relationship** _____

Phone Number _____

ONLY TO BE COMPLETED IF THE PATIENT IS 17 OR UNDER AND RECEIVING PEDIATRIC OR IMMUNIZATION SERVICES

Mother First and Last Legal Name _____ **Date of Birth** _____

Father First and Last Legal Name _____ **Date of Birth** _____

Your Name _____ **Relationship to child** _____

Legal Guardian - Yes ☐ **No** ☐

Emergency Contact Name _____ **Relationship** _____ **Phone Number** _____

May we contact you via email? Yes ☐ **No** ☐ **Would you like a text message for appointment reminders? Yes** ☐ **No** ☐

Electronic communication, which includes text messaging and email, may not be a safe and secure means of communication. Some of these communications from the Department of Health may contain confidential and protected health information. I understand and acknowledge that there are risks of communicating electronically, such as, but not limited to, lack of encryption, electronic interception by others, interception by persons with access to my devices, and inadvertent transmission to the wrong number or email address. Despite such risks, by answering "yes" to receiving electronic communications, I authorize the Department of Health to communicate by electronic means. I understand that I can revoke my consent at any time by signing an updated demographic form.

Would you like to complete an Advanced Directive today? Yes ☐ **No** ☐

An advanced directive (living will) allows someone to make medical decisions on your behalf if you are unable to.

Would you like to participate in the Health Information Exchange (HIE)? Yes ☐ **No** ☐

HIE allows your medical information to be available and viewed electronically by doctors and your medical team members. It is designed to provide quick access to medical records to make treatment more effective and efficient. Any authorized healthcare provider and their team who agrees to participate in HIE can electronically access and use your protected health information, if needed, to provide treatment to you.

Please list all family members living in your home and note monthly income if applicable

(Income includes all earnings from jobs, pensions, child support, social security, death benefit, alimony, unemployment/worker's compensation, veteran benefits, investments, trust funds, rental income, self-employment, Public Assistance, grants or any other income received.)

Name	Date of Birth	Social Security Number (optional)	Relationship	Monthly Income

I affirm the information I am providing is true and correct to the best of my knowledge. I understand if I provide false or inaccurate information services may be discontinued, and I may have to pay for all services received per the appropriate fee schedule. FAC Rule 64f-10.003(5).

Signature _____ **Date**_____

REVOCATION: I understand I have the right to revoke this authorization anytime. If I revoke this authorization, I understand I must do so in writing and I must present my revocation to the medical record department. I understand the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand the revocation will not apply to my insurance company, Medicaid and Medicare.

Alachua County Health Department

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE

1. Clientes tienen derecho a cuidado medico que sea accessible y cumpla parametros profesionales.
2. Clientes tienen derecho a un cuidado medico cortes e individualizado que sea equitativo, humano y dado sin discriminacion ya sea de razz, color, credo, sexo, identidad sexual, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, nacionalidad, fuente de pago, pensamientos eticos o politicos.
3. Clientes tienen derecho de informacion acerca del diagnostico, pronostico y tratamiento, incluyendo alternativas de cuidado y riesgos que envuelven, en terminus que ellos y sus familias puedan entender, para que asi puedan ellos dar su su consentimiento informado.
4. Clientes tienen derecho legal a la participacion informada en todas las decisions concernientes a su cuidado medico y el derecho de rehusar tratamiento. Siempre que lo permita la ley y a ser informado de la consecuencias medicas de sus acciones.
5. Clientes tienen derecho de informacion acerca de las calificaciones, nombres y titulos del personal responsible de proporcionar su cuidado medico.
6. Clientes tienen el derecho de rehusar observacion por aquellos que no estan directamente envueltos en su suidado.
7. Clientes tiene el derecho de privacidad durante entrevista, examen y tratamiento.
8. Clientes tienen el derecho de privacidad en la comunicacion y la visita con el personal.
9. Clientes tienen el derecho de rehusar tratamientos, medicaciones o participacion en investigacion y exoerimentacion, sin que acciones punitivas sean tomadoas contra ellos.
10. Clientes tienen el derecho de coordinacion y continuidad de cuidado medico.
11. Clientes tienen el derecho de instruccion apropiada o educacion por parte del personal medico, asi ellos pueden adquirir un optimo nivel de salud y entendimiento de sus necesidades de salud basicas.
12. Clientes tienen el derecho de confidencialidad de todos los expedients (excepto segun lo previsto de otra manera, por la ley o por un contratos pagados a terceros) y todas las comunicaciones escritas u orales entre clients y proveedores de cuidado medico.
13. Clientes tienen derecho de examiner y recibir explicacion de su cuenta sin importer la fuente de pago.
14. El cliente tiene el derecho de saber que reglas y regulaciones aplica a su conductoa como cliente.

Firma del Cliente /Representante Legal: _____ Fecha: _____

Testigo:_____Fecha: _____

revised 9/18/2026

Place Label Here

Florida HEALTH

RESPONSABILIDADES COMO CLIENTE DEL CONDADO DE ALACHUA UNIDAD DE SALUD PUBLICA

1. Usted es responsable por tartar todo el personal y otros clients con respeto y consideracion.
2. Usted es responsible de contester todas las preguntas con relacion al progama de elegibilidad e historia medica etc., completamente y correctamente en el major de su conocimiento.
3. Usted es responable de mantener sus citas y pbtener el numero de telefono para llamar antes si usted tiene que cancelar una cita.
4. Usted es respnsable de pagar sus cuentas cuando el servicio sea proporcionado, a menos que otro arreglo haya sido hecho.
5. Usted es responsible de obedecer las reglas y regulaciones segun lo fijado por la unidad de salud o explicado por el personal. Algunas de estas reglas son:
    a. Monitorear y controlar la conducta de su ninos en la clinica.
    b. Comida o bebida no es permitida en la clinica.
    c. Arroje la basura en apropiados botes de basuar.
6. Si usted tiene Medicaid, usted debe traer su trajeta de Medicaid para su cita en la clinica.
7. Si usted es referido para cuidado especial, sitio de emergencia, o para hospitalizacion para un nivel mas alto de cuidado, usted sera resposable por el pago de cualquiera de los servicios prestados.

Entiendo que si me olvido de más de tres (3) citas médicas programadas en un período de seis meses o no aviso con 24 horas de antelación de la cancelación de una cita más de tres (3) veces en un período de seis meses, puedo ser desafiliado de los servicios primarios de atención médica proporcionados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.

Yo entiendo que si pierdo dos citas ,ya programadas en la Clinica Dental ,en un periodo de seis meses o no provee un aviso de cancelación dentro de veinticuatro (24) horas antes de la misma, más de dos veces en un periodo de seis meses, podré perder mis beneficios del cuidado dental por el mismo periodo de tiempo; aunque los servicios de emergencia aun serán ofrecidos.

Entiendo que el programa de cuido de salud en que estoy inscrito de mi compañía de seguros de salud pueden requerir a mí o a mi niño a un examen físico anual si recibimos los servicios de atención primaria. Si no acepto estos servicios o no cumplo con este requisito para mí o mi hijo, entiendo que es posible que se cancele nuestros servicios medico con un doctor primaria proporcionados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua

Entiendo que si estoy molesto o trato a los clientes o el personal del Departamento de Salud del Condado de Alachua sin respeto y consideración, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.

Entiendo que si no recibo los servicios médicos del Departamento de Salud del Condado de Alachua por un período superior a quince (15) meses, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.

Entiendo que si tengo un cambio en la cobertura de seguros o mi seguro medico termina, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.

Entiendo que si el Departamento de Salud del Condado de Alachua tiene un cambio en el financiamiento de la atención primaria, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.

Entiendo que tengo el derecho de apelar una decisión de cancelación dentro de los treinta (30) días de haber recibido la "Terminación de Servicios" notificada por el Departamento de Salud del Condado de Alachua. Tengo que enviar una solicitud por escrito para que mi caso sea revisado a:

Departamento de Salud del Condado de Alachua
Atención: Administrator
224 SE 24th Street
Gainesville, Florida 32641

Entiendo que tengo el derecho de presentar una queja dentro de los treinta (30) días de la fecha en que ocurrió el agravio. Tengo que enviar una solicitud por escrito para que mi queja sea revisada a:

Departamento de Salud del Condado de Alachua
Atención: Administrator
224 SE 24th Street
Gainesville, Florida 32641

Firma del Cliente /Representante Legal: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

revised 9/18/2026

Place Label Here

INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I **CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR**

Nombre del cliente: _____

Nombre de la Agencia: Alachua County Health Department

Dirección de la Agencia: 224 SE 24th Street, Gainesville, FL 32641

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

_____ Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

PARTE II **CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN** (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud; incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, prevención del abuso de sustancias, determinantes psiquiátricos/psicológicos, sociales y conductuales de la salud y gestión de casos; para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

PARTE III **CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE** (Solo aplica a clientes de Medicare).Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

PARTE IV **CESIÓN DE LOS BENEFICIOS** (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V **OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL**

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI **SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

_____	_____	_____
Firma del cliente o su representante	Relación propia o del representante con el cliente	Fecha
_____	_____	
Testigo (opcional)	Fecha	

PARTE VII **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, _____ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del _____

Firma del cliente o su representante — Fecha

For Office Use Only – Print or Use Label

Client Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Original to file; Copy to client

DH 3204-SSG-03/2025

Spanish Language Medical History

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Fecha de creacion:

Aunque el personal dental trata principalmente el área y la boca, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían afectar su atención dental.

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en el cuello o en la cabeza?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Está tomando medicamentos o pastillas?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Estás en una dieta especial?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Usas tabaco?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____
¿Utiliza sustancia controlada?	◯ Si	◯ No	En caso afirmativo	_____

Mujeres: ¿Eres usted ...

◯ Embarazada / tratando de quedar embarazada? ◯ Amamantando? ◯ ¿Estás tomando anticonceptivos orales?

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?

◯ Aspirina ◯ Penicilina ◯ Codeína ◯ Acrílico
◯ Metal ◯ Látex ◯ Drogas Sulfa ◯ Anestesia local
◯ Other? En caso afirmativo _____

¿Tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes?

SIDA/VIH positivo	◯ Si ◯ No	Dolores de cabeza frecuentes	◯ Si ◯ No	Fiebre de heno	◯ Si ◯ No	Presión arterial baja	◯ Si ◯ No
Alta presion sanguínea	◯ Si ◯ No	Dolores en el pecho	◯ Si ◯ No	Fiebre reumática	◯ Si ◯ No	Problemas de riñon	◯ Si ◯ No
Amigdalitis	◯ Si ◯ No	Drogadicción	◯ Si ◯ No	Glaucoma	◯ Si ◯ No	Problemas de sinusitis	◯ Si ◯ No
Anafilaxia	◯ Si ◯ No	Enfermedad cardíaca congénita	◯ Si ◯ No	Hemofilia	◯ Si ◯ No	Problemas del corazón/ Enfermedad	◯ Si ◯ No
Anemia	◯ Si ◯ No	Enfermedad de Alzheimer	◯ Si ◯ No	Hepatitis A	◯ Si ◯ No	Problemas respiratorios	◯ Si ◯ No
Angina	◯ Si ◯ No	Enfermedad de célula falciforme	◯ Si ◯ No	Hepatitis B o C	◯ Si ◯ No	Prolapso de la válvula mitral	◯ Si ◯ No
Articulación artificial	◯ Si ◯ No	Enfermedad de la sangre	◯ Si ◯ No	Herpes	◯ Si ◯ No	Quimioterapia	◯ Si ◯ No
Artritis/Gota	◯ Si ◯ No	Enfermedad de tiroides	◯ Si ◯ No	Herpes zoster	◯ Si ◯ No	Reumatismo	◯ Si ◯ No
Asma	◯ Si ◯ No	Enfermedad del hígado	◯ Si ◯ No	Herpes genital	◯ Si ◯ No	Ronchas o sarpullido	◯ Si ◯ No
Ataque cardíaco/Fracaso	◯ Si ◯ No	Enfermedad paratiroidea	◯ Si ◯ No	Herpes labial/Ampollas de la fiebre	◯ Si ◯ No	Sangrado excesivo	◯ Si ◯ No
Atención psiquiátrica	◯ Si ◯ No	Enfermedad pulmonar	◯ Si ◯ No	Hinchazón de las extremidades	◯ Si ◯ No	Sed excesiva	◯ Si ◯ No
Cáncer	◯ Si ◯ No	Enfermedad venérea	◯ Si ◯ No	Hipoglucemia	◯ Si ◯ No	Soplo cardíaco	◯ Si ◯ No
Colesterol Alto	◯ Si ◯ No	Enfisema	◯ Si ◯ No	Ictericia amarilla	◯ Si ◯ No	Terapia de radiación	◯ Si ◯ No
Convulsiones	◯ Si ◯ No	Epilepsia o convulsiones	◯ Si ◯ No	Latido del corazón irregular	◯ Si ◯ No	Tos frecuente	◯ Si ◯ No
Derrame cerebral	◯ Si ◯ No	Escarlatina	◯ Si ◯ No	Leucemia	◯ Si ◯ No	Transfusión de sangre	◯ Si ◯ No
Desmayos /Mareos	◯ Si ◯ No	Espina bífida	◯ Si ◯ No	Marcapasos cardíaco	◯ Si ◯ No	Tuberculosis	◯ Si ◯ No
Diabetes	◯ Si ◯ No	Estómago/Enfermedad intestinal	◯ Si ◯ No	Medicina de la cortisona	◯ Si ◯ No	Tumores o crecimientos	◯ Si ◯ No
Diálisis renal	◯ Si ◯ No	Fácilmente abollado	◯ Si ◯ No	Osteoporosis	◯ Si ◯ No	Úlceras	◯ Si ◯ No
Diarrea frecuente	◯ Si ◯ No	Fácilmente enrollado	◯ Si ◯ No	Pérdida de peso reciente	◯ Si ◯ No	Válvula de corazón artificial	◯ Si ◯ No
Dolor en las articulaciones de la mandíbula	◯ Si ◯ No						

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? ◯ Si ◯ No En caso afirmativo _____

Comentarios:

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente, Padre o Tutor/Guardián:

X _____ Fecha: _____

Guía para Pacientes sobre el Intercambio de Información de Salud

¿Qué es el Intercambio de Información de Salud y por qué es importante?

El Intercambio de Información de Salud, o HIE por sus siglas en inglés, es una forma de compartir instantáneamente información de salud entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otras organizaciones de atención médica. El HIE permite que la información de salud correcta llegue al lugar adecuado en el momento oportuno, proporcionando una atención más segura, oportuna, eficiente y centrada en el paciente.

El intercambio de información de los pacientes está protegido mediante estrictos procedimientos de privacidad médica y confidencialidad. El HIE ayuda a mejorar la rapidez, la calidad, la seguridad y el costo de la atención médica de los pacientes.

¿Cuáles son los beneficios de contar con un HIE?

Recopilar la información de salud de un paciente puede tomar horas o incluso semanas, y en ocasiones la información no está disponible en absoluto. También pueden ocurrir errores. A través del **HIE**, los proveedores de atención médica tienen acceso inmediato a información importante.
El HIE ayuda a evitar pruebas y procedimientos innecesarios, errores médicos y gastos médicos costosos.

¿Cómo se mantiene privada mi información médica?

Proteger la información de los pacientes en el HIE del **Departamento de Salud de Florida (FDOH)** es una prioridad. El FDOH cumple con todas las leyes estatales y federales de privacidad y seguridad para proteger la información de salud de los pacientes. Las Normas de Privacidad, Seguridad y Notificación de Incumplimientos de la **Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)** son las principales leyes federales que protegen su información de salud.
Aunque participar en el HIE ofrece muchos beneficios, el intercambio electrónico de información también conlleva ciertos riesgos. Los posibles riesgos incluyen errores en los datos clínicos, **violaciones de la seguridad de la información** y el uso inapropiado de la información. El FDOH considera que muchos de estos riesgos se reducen mediante las medidas de protección y los procesos de seguridad que se encuentran implementados.

¿Cómo se documenta en el Departamento de Salud del Condado el consentimiento del paciente para participar en el HIE?

Para recibir servicios del **Departamento de Salud del Condado (CHD)**, los pacientes deben firmar el formulario de **Inicio de Servicios (IOS)** del Departamento. El IOS documenta el consentimiento del paciente para divulgar esta información.
El formulario establece: **"Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud, incluida la información médica, dental, sobre VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS), tuberculosis (TB), prevención del abuso de sustancias, servicios psiquiátricos/psicológicos y manejo de casos, con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica."**
Las clínicas pueden solicitar a sus pacientes que firmen un formulario IOS anualmente; sin embargo, cada CHD puede determinar la frecuencia con la que se requiere.

¿Puede un paciente decidir no participar en el HIE?

Sí. Los pacientes pueden optar por **no participar en el HIE del Departamento de Salud de Florida (FDOH)**.
Como parte de la atención médica que recibe en el estado de Florida, su información de salud está disponible a través del HIE para que los médicos puedan acceder a ella con fines de tratamiento, a menos que usted decida no participar.
Optar por no participar generalmente significa que los proveedores no podrán acceder a su información de salud a través del HIE. Sin embargo, de acuerdo con la ley, los informes de salud pública, como la notificación de enfermedades infecciosas a las autoridades de salud pública, continuarán realizándose a través del HIE aun después de que usted haya decidido no participar.
Para obtener más información sobre la **Política de Privacidad del Paciente del Departamento de Salud de Florida**, visite: www.floridahealth.gov/privacy-policy.html.

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)

El Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE) permite que sus datos médicos estén disponibles, y que los médicos y los miembros de su equipo médico los consulten de manera electrónica. El HIE está diseñado para ofrecer un acceso rápido a los registros médicos para que el tratamiento sea más eficaz y eficiente. Cualquier proveedor de atención médica autorizado y su equipo médico que acepte participar en el HIE puede acceder electrónicamente y usar su información médica protegida, si es necesario, para proporcionarle tratamiento.

Información del paciente		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Nombre o apodo anteriores	Fecha de nacimiento	Número de teléfono principal
Dirección	Ciudad	Estado Código postal

Yo o mi representante legalmente autorizado hemos analizado si permitir que mi información se vea en los HIE en los que participa el Departamento de Salud (Department of Health) y hemos decidido ***EXCLUIRME*** *y* ***NO*** *permitir que la información se vea en los HIE en los que participa el Departamento de Salud (DOH)*. La decisión de completar el formulario no tendrá ningún efecto sobre los beneficios a los que de otro modo podría tener derecho; sin embargo, no podrá participar en el HIE.

Al optar por no participar en los HIE, por la presente, reconozco y acepto lo siguiente:

» Esta revocación solo aplica al intercambio de información médica mediante el HIE. Los proveedores de atención médica aún pueden tener acceso a mi información médica mediante otros métodos, como fax, teléfono o correo.

» Al optar por no participar en el HIE, mis proveedores de atención médica fuera del DOH NO podrán buscar mis registros del DOH mediante el HIE mientras me ofrecen tratamiento.

» Mi decisión de EXCLUSIÓN del HIE permanecerá vigente hasta que se lo informe al DOH y firme un Formulario de solicitud de revocación de la exclusión del HIE.

» Esta solicitud de EXCLUSIÓN del HIE puede tardar hasta siete (7) días hábiles para entrar en vigencia.

» Cualquier información que se comparta antes de enviar este formulario de EXCLUSIÓN del HIE puede permanecer con los proveedores que accedieron a esta antes de que dicha EXCLUSIÓN entrara en vigencia.

Si una persona que no sea la que se nombra arriba firma este formulario, la persona que lo firma certifica que actúa como (marque uno) _____ padre/madre, _____ tutor legal o _____ poder notarial para la atención médica de la persona arriba mencionada.

Nombre en letra de molde: _____Firma: _____

Fecha: _____

Client Name:_____

ID# _____

DOB: _____

HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE) OPT-OUT FORM

The Health Information Exchange (HIE) allows your medical information to be available and viewed electronically by doctors and your medical team members. The HIE is designed to provide quick access to medical records to make treatment more effective and efficient. Any authorized healthcare provider and their medical team who agree to participate in the HIE can electronically access and use your protected health information, if needed, to provide treatment to you.

Patient Information		
Last Name	First Name	Middle Name
Previous Name or Nickname	Date of Birth	Primary Phone Number
Address	City	State ZIP Code

I and/or my legally authorized representative have considered whether to allow my information to be viewed in the HIEs in which the Department of Health participates and have decided to ***OPT-OUT*** *and* ***NOT*** *allow information to be viewed in the HIEs in which the DOH participates.* A decision to complete the form will not have any effect on any benefits to which you may otherwise be entitled, however, you will not be able to participate in HIE.

By choosing to opt out of the HIEs, I hereby acknowledge and agree as follows:

» This revocation only applies to the sharing of health information through the HIE. Health care providers may still have access to my health information using other methods such as fax, telephone, or mail.

» By opting out of participation in the HIE, my healthcare providers outside of DOH will NOT be able to search for my DOH records through the HIE while providing me treatment.

» My HIE OPT-OUT election will remain in effect until I notify DOH and sign a Revocation of HIE Opt-Out Request Form.

» This HIE OPT-OUT request may take up to seven (7) business days to take effect.

» Any information that is shared before I submit this HIE OPT-OUT form may remain with providers who accessed this information before this OPT-OUT went into effect.

If this form is signed by someone other than the person named above, the person signing this form certifies that they are acting as (check one) _____Parent, _____Legal Guardian, or _____ Healthcare Power of Attorney for the person named above.

Printed Name: _____ Signature: _____

Date: _____

Client Name:_____

ID# _____

DOB: _____

Testamento en vida

Declaración hecha hoy día _____ de _____ de 2____. Yo, _____, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

_____(iniciales) tengo una condición terminal,
o _____(iniciales) tengo una condición en las etapas finales,
o _____(iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo ___, No deseo ___ que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre _____
Dirección de la calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): _____
_____
_____
_____
_____

(Firmado) _____

Testigo _____
Dirección de la calle _____
Ciudad _____ Estado ____
Teléfono _____

Testigo _____
Dirección de la calle _____
Ciudad _____ Estado _____
Teléfono _____

Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.

4

La participación en HIE es completamente tu elección.

Opción 1. SÍ, a la participación del HIE. Si acepta que su información médica se comparta a través de HIE y tiene un formulario de Inicio de Servicios actualizado en su archivo, no necesita hacer nada; al firmar ese formulario, le ha otorgado permiso al Departamento para compartir su información de salud a través de HIE.

Opción 2. NO a la participación del HIE. Puede optar por que su información no se comparta electrónicamente a través de la red HIE (optar por no participar) en cualquier momento, completando el Formulario de exclusión voluntaria del intercambio de información médica disponible en el departamento de salud del condado. Si decide no participar en HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica a través de HIE. Debe comprender que si opta por no participar, los proveedores de atención médica que lo tratan aún pueden comunicarse con el Departamento para solicitar que se comparta su información de salud con ellos como se indica en este Aviso de prácticas de privacidad. La exclusión voluntaria no impide que la información se comparta entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que la exclusión voluntaria no afecta la información de salud que se divulgó a través de HIE antes del momento en que usted se excluyó.

Opción 3. Puede cambiar de opinión en cualquier momento.
Puede dar su consentimiento hoy para compartir su información a través de HIE y cambiar de opinión más adelante siguiendo las instrucciones en el formulario de exclusión descrito en la Opción 2.

Alternativamente, puede optar por no participar en HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el formulario de solicitud de exclusión voluntaria de HIE del Departamento.

SINCRONIZACIÓN DE LA APLICACIÓN MÓVIL REGISTROS PERSONALES DE SALUD (PHR) CON DATOS DEL USUARIO
Como parte de los servicios brindados por el Departamento, puede descargar la aplicación móvil complementaria PHR para acceder a sus registros médicos personales. Esta aplicación es la versión móvil del portal Florida Health Connect.

El propósito de la aplicación móvil de PHR es brindarle acceso a su información de salud a través de su dispositivo móvil.
Puede sincronizar su cuenta de Florida Health Connect a través de la aplicación móvil con su información de salud personal capturada en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para brindarle una vista de 360 grados de su historial de salud y su estado de salud actual.

Su información de Google Fit o Apple Health no se divulgará a terceros sin su permisoexpreso por escrito.

DEPARTAMENTO DE DEBERES DE SALUD
El Departamento está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad le indica cómo se puede utilizar su información de salud protegida y cómo el Departamento mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica los deberes y prácticas legales relacionados con su información de salud protegida. El Departamento tiene la responsabilidad de notificarle después de una violación de su información médica protegida no segura.

Como parte de las obligaciones legales del Departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El Departamento debe seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente vigente.

5

El Departamento podrá cambiar los términos de su notificación. El cambio, si se realiza, será efectivo para toda la información de salud protegida mantenida por el Departamento. Se puede acceder a los Avisos de prácticas de privacidad nuevos o revisados y a todos los formularios a los que se hace referencia en este Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web del Departamento en https://www.floridahealth.gov/about/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html y estarán disponibles por correo electrónico y en todas las ubicaciones del Departamento de Salud. También están disponibles documentos adicionales que explican con más detalle sus derechos a inspeccionar, copiar o modificar su información médica protegida.

QUEJAS
Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y salud, puede someter una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/teléfono 850-245-4141 y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. En 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea gratuita 877-696-6775.

La queja debe ser por escrito, detallando los actos o omisiones que usted cree que violan sus derechos de privacidad y presentarse dentro de los 180 días de cuando supo o tubo que haber sabido que ocurrió el acto o omisión. El Departamento no tomará represarias contra usted por someter una queja.

PARA MÁS INFORMACIÓN
Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador del centro del Departamento de Salud donde recibió el aviso, o al Inspector General del Department of Health's Inspector General 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA
Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 25 de Febrero de 2025 y permanecerá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS
"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Parts 160 through 164. Federal Register 65, no. 250 (December 28, 2000).
"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Part 160 through 164. Federal Register, Volume 67 (August 14, 2002).

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules, 78 Fed. Reg. 5566 (Jan. 25, 2013).

45 CFR Parts 160 and 164 RIN 0945-AA20, April 26, 2024.

Florida HEALTH

DH8000-SSG-03/2025

Florida HEALTH

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE

1

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
La información de salud protegida incluye determinantes demográficos, sociales y conductuales de la salud (SBDOH) e información médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social cualquier otro medio para identificarlo como una persona específica. SBDOH puede incluir, entre otros, ingresos, inseguridad alimentaria, estatus socioeconómico, nivel educativo y personas sin hogar. La información de salud protegida contiene información específica que identifica a una persona o puede usarse para identificar a una persona.

La información de salud protegida es información de salud creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o una cámara de compensación de atención médica. El Departamento de Salud (Departamento) puede actuar como cada uno de los tipos de negocios anteriores. El Departamento utiliza esta información médica de muchas maneras mientras realiza actividades comerciales normales.

El Departamento puede utilizar o divulgar su información médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los profesionales de la salud utilizan la información médica en las clínicas o hospitales para atenderlo. Su información de salud protegida puede compartirse, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento puede utilizar o divulgar su información de salud para la gestión de casos y servicios. La clínica o hospital del Departamento puede enviar la información médica a compañías de seguros, Medicaid o agencias comunitarias para pagar los servicios que se le brindan.

Su información puede ser utilizada por cierto personal del Departamento para mejorar las operaciones de atención médica del Departamento. El Departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento o otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Parte de la información de salud protegida puede divulgarse sin su autorización por escrito, según lo permite la ley. Esas circunstancias incluyen:

- Denuncia de abuso de niños, adultos o personas discapacitadas
- Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido
- Investigaciones y auditorías internas por parte de las divisiones, direcciones y oficinas del Departamento.
- Investigaciones y auditorías realizadas por el Inspector General y el Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de Políticas de Programas y Responsabilidad Gubernamental de la Legislatura de Florida.
- Propósitos de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia de la salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud*.
- Investigaciones del médico forense del distrito*.
- Investigación aprobada por el Departamento.
- Órdenes judiciales, órdenes judiciales o citaciones. *
- Propósito de aplicación de la ley, investigaciones administrativas y procedimientos judiciales y administrativos*.

*La divulgación de registros de salud reproductiva por parte del Departamento a las autoridades policiales, un tribunal judicial o administrativo, un médico forense o una entidad de supervisión de la salud requerirá una certificación del individuo o entidad solicitante antes de que el Departamento divulgue dichos registros. La certificación requiere el reconocimiento de una de las siguientes disposiciones:

- El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para dichos fines; o alternativamente,
- El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida es investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales propósitos, pero la atención de salud reproductiva en cuestión no era legal bajo las circunstancias en las que se brindó.

2

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida por parte del Departamento requerirán su autorización por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser para propósitos de comercialización o investigación, ciertos usos y divulgaciones de notas de psicoterapeutas y la venta de información de salud protegida que resulta en una compensación para el Departamento.

Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que podrá ser revocada por usted por escrito.

DERECHOS INDIVIDUALES
Tiene derecho a solicitar que el Departamento restrinja el uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El Departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a tener la seguridad de que su información se mantendrá confidencial. El Departamento se comunicará con usted en la forma y en la dirección o número de teléfono que usted seleccione. Es posible que se le solicite que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede proporcionar una dirección distinta a su residencia donde pueda recibir correo y donde el Departamento pueda comunicarse con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información de salud protegida que mantiene el Departamento dentro de los 30 días posteriores a la recepción por parte del Departamento de su solicitud para obtener una copia de su información de salud protegida. Debe completar el formulario de Autorización del Departamento para divulgar información confidencial y enviar la solicitud al departamento de salud local del condado o a la oficina de Servicios Médicos Infantiles. Si hay retrasos en la capacidad del Departamento para proporcionarle la información dentro de los 30 días, se le informará el motivo del retraso y la fecha prevista en la que se podrá cumplir con su solicitud.

Su inspección de la información será supervisada en un momento y lugar designados. Es posible que se le niegue el acceso a algunos registros según lo especificado por la ley federal o estatal.
Si elige recibir una copia de su información de salud protegida, tiene derecho a recibir la información en la forma o formato que solicite. Si el Departamento no puede producirla en esa forma o formato, se le proporcionará la información en una copia impresa legible o otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a notas de psicoterapia o cierta información que se utiliza en un procedimiento legal. Los registros se mantienen durante períodos de tiempo específicos de conformidad con la ley. Si su solicitud cubre información más allá de ese tiempo, el Departamento no está obligado a conservar el registro y es posible que la información ya no esté disponible.

Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica autorizado que no participó en la decisión de negar el acceso. Este profesional de atención médica autorizado será designado por el Departamento.
Tiene derecho a corregir su información de salud protegida. Su solicitud para corregir su información de salud protegida debe realizarse por escrito y proporcionar una razón que respaldela corrección solicitada.

El Departamento de Salud podrá denegar su solicitud, total o parcialmente, si encuentra que la información de salud protegida:

3

- No fue creado por el Departamento.
- No es información de salud protegida.
- Por ley, no está disponible para su inspección.
- Es preciso y completo.

Si se acepta su corrección, el Departamento hará la corrección y le informará a usted y a otras personas que necesiten saber sobre la corrección. Si se rechaza su solicitud, puede enviar una carta detallando el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El Departamento puede responder a su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe a continuación en la sección titulada Quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento pudo haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones hechas a usted.
- Divulgaciones a personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones realizadas para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para la salud pública.
- Divulgaciones a profesionales de la salud con fines regulatorios.
- Divulgaciones para denunciar abusos de niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.

Este resumen incluye divulgaciones realizadas para:

- Propósito de investigación distintos de los que usted autorizó por escrito.
- Respuestas a órdenes judiciales, citaciones o órdenes judiciales.

Puede solicitar un resumen por un período no mayor a 6 años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa si lo solicita.

El Departamento de Salud puede enviarle correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas para recordarle sus citas de atención médica.

PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD
El acceso a información sobre su historial de salud, factores sociales y de comportamiento y atención médica es fundamental para ayudar a garantizar que reciba atención de alta calidad y le brinda a su proveedor de atención médica una imagen más completa de su salud general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar decisiones informadas sobre su atención. La información también puede evitar que usted se repita las pruebas, lo que le ahorrará tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora respaldan el intercambio electrónico seguro de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro a través de redes de Intercambio de información de salud (HIE). El Departamento y los departamentos de salud de su condado participan en una red HIE y participan en varias redes HIE con proveedores de atención médica externos confiables para compartir electrónicamente su información de salud de manera rápida y segura entre una red de proveedores de atención médica, incluidos médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Su información de salud se transmite de forma segura y solo los proveedores de atención médica autorizados con un motivo válido pueden acceder a su información. Al compartir información electrónicamente a través de un sistema seguro, se reduce el riesgo de que los registros en papel enviados por fax puedan ser mal utilizados o extraviados.