



Nombre del proveedor/institución

Lo que debe saber

Usted previamente firmó un formulario de consentimiento, otorgando a este proveedor de servicios de salud su permiso para acceder a su información de Medicaid y a otra información disponible en la base de datos en línea del Servicios Psiquiátricos y Sistema de Mejora del Conocimiento Clínico (PSYCKES, por sus siglas en inglés).

Debe llenar y firmar este formulario de retiro del consentimiento si ya no quiere que este proveedor, y los miembros de su personal que participan en su atención, puedan ver su información. Cuando llene, firme y les entregue este formulario:

- 1 Este proveedor de servicios de salud no podrá consultar su información médica a través de PSYCKES. Las excepciones son:
 - en caso de emergencia, o
 - cuando las leyes y normas de confidencialidad a nivel federal y estatal lo permitan. Por ejemplo, si Medicaid tiene alguna inquietud sobre la calidad de sus servicios de salud, su proveedor puede recibir acceso a PSYCKES para ayudarle a determinar si usted está recibiendo la atención correcta en el momento correcto¹.
- 2 Su proveedor podría obtener acceso a su información médica por otros medios. Por ejemplo, las mismas leyes y normas podrían permitirle obtener la información necesaria para tratarlo de otro proveedor.
- 3 Este retiro del consentimiento no afectará a la información médica compartida mientras su consentimiento estaba en vigor.
- 4 Su acceso a la atención médica y a la cobertura de seguro de salud no cambiarán porque usted retire su consentimiento. Sus proveedores de servicios de salud presentarán reclamaciones a su aseguradora por los servicios que usted reciba.
- 5 Usted puede llenar un nuevo formulario de consentimiento de PSYCKES en cualquier momento. Su proveedor tiene formularios disponibles, y una vez que los llene y firme deberá entregarlos a su proveedor.
- 6 Usted recibirá una copia de este formulario cuando lo firme y entregue.

Lo que debe hacer

Proporcione la información que se solicita a continuación y entregue este formulario a su proveedor.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Número de ID de Medicaid del paciente

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Nombre del representante legal en letra de molde (si lo tiene)

Relación del representante legal y el paciente (si lo tiene)

¹ Las leyes y normas incluyen la Sección 33.13 de la Ley de Higiene Mental de NY, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública de NY y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo a 42 CFR Parte 2 y a 45 CFR Partes 160 y 164 (también conocidas como "HIPAA").