

New Patient  
 Update

3071 Perry Avenue Bronx NY 10467 Phone: (718)231-6700 Fax: (718)652-4616

**Patient Information**

Last name : \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
 Date of birth: \_\_\_\_\_ Social Security: \_\_\_\_\_ Marital Status:  Single  Divorced  
 Married  Widowed  
 Gender: Male Female  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_  
 Primary Number: \_\_\_\_\_ Alt Number: \_\_\_\_\_ Interpreter Needed: Y N  
 E-Mail Address: \_\_\_\_\_ *\*\*With your email you can access your health care records!*  
 Race: Hispanic White Black American Indian Other \_\_\_\_\_ Ethnicity: Hispanic / Latino Y N  
 Occupation : \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_ Employer Phone number: \_\_\_\_\_

**Insurance Information**

*Please give your insurance card to the receptionist*

Primary insurance company: \_\_\_\_\_ Secondary insurance company: \_\_\_\_\_

If you don not have insurance please check this box

Is your visit today due to a Workers Compensation case or Auto accident ? NO If yes, when did you get injured?

**Medication History Consent**

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ Pharmacy Phone: \_\_\_\_\_  
 Pharmacy Address: \_\_\_\_\_

I allow Perry Avenue Family Medical Center to download my E-Med history ? Y N

**Emergency Contact (Minors: Parents or legal guardian information )**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_  
 Home phone number: \_\_\_\_\_ Cell phone number: \_\_\_\_\_

I hereby authorize Perry Avenue Family Medical Center to provide diagnostic, therapeutic and treatment procedures (authorized by the NY State Department of Health) through its providers which may be necessary or advisable in accordance with their professional judgment.

This form has been fully explained to me and I am satisfied that I understand its content. I understand that I am free to withdraw this content. I understand that I am free to withdraw this consent (in writing) and/or discontinue treatment at any time. The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize PAFM or insurance company to release any information required to process my claims.

Patient/ Parent/Legal guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Please initial after you have received each form**

\_\_\_\_\_ Patient bill of rights

\_\_\_\_\_ HIPPA

\_\_\_\_\_ Medication Disclosure

**RHIO CONSENT FORM  
BRONX RHIO, INC**

In this Consent Form, you can choose whether to allow PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL to obtain access to your medical records through a computer network operated by the Bronx RHIO, Inc, which is part of a statewide computer network. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available electronically to our office.

You may use this Consent Form to decide whether or not to allow PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL to see and obtain access to your electronic health records in this way. You can give consent or deny consent, and this form may be filled out now or at a later date. **Your choice will not affect your ability to get medical care or health insurance coverage. Your choice to give or to deny consent may not be the basis for denial of health services.**

If you check the “**I GIVE CONSENT**” box below, you are saying “Yes, PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL'S staff involved in my care may see and get access to all of my medical records through Bronx RHIO, Inc.”

If you check the “**I DENY CONSENT**” box below, you are saying “No, PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL may not be given access to my medical records through Bronx RHIO, Inc for any purpose.”

Bronx RHIO, Inc is a not-for-profit organization. It shares information about people’s health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology (health IT). To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, “Better Information Means Better Care.” You can ask your doctor for it, or go to the website [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

**Please carefully read the information on the back of this form before making your decision.**

**Your Consent Choices.** You can fill out this form now or in the future. You have three choices.

**D I GIVE CONSENT for PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL to access ALL of my electronic health information through Bronx RHIO, Inc in connection with providing me any health care services, including emergency care.**

**D I DENY CONSENT for PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL to access my electronic health information through Bronx RHIO, Inc for any purpose, *even in a medical emergency.***

**D I GIVE CONSENT ONLY FOR EMERGENCIES for the PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL to access my electronic health information through the Bronx RHIO, Inc. I do not give consent for non emergency access to my health information. If you do not indicate otherwise, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through Bronx RHIO, Inc.**

\_\_\_\_\_  
Print Name of Patient

\_\_\_\_\_  
Patient Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient’s Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name of Legal Representative (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable)



3071 Perry Avenue Family Medical Bronx NY 10467  
Phone 718-231-6700 - Fax 718-652-6385

## OFFICE PAYMENT POLICY AGREEMENT

The past few years have brought many changes in healthcare. Insurance companies have many types of plans with varying patient responsibilities. It is difficult for each medical office to know and keep up with each plan.

It has become more important for you, as the patient, to know and advise us of any changes in your healthcare coverage. The information makes the reimbursement process smoother and it ensures that your medical services will be covered.

If you are covered by a managed care program you will be responsible for a referral from your primary care physician, if required. You will also be responsible for any co-payment or deductible at the time of your visit and any co-insurance that you may have with your carrier once your bill is processed. If you are not sure of your responsibilities with your insurance company we suggest that you contact them.

Please understand that as the patient, you are ultimately responsible for payment for your medical care.

We thank you for your confidence in us and hope you will continue to be pleased with the medical care we provide.

Sincerely,

Perry Avenue Family Medical

---

Patient Signature

---

Date

# Health Care Proxy

(1) I, \_\_\_\_\_  
hereby appoint \_\_\_\_\_  
(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise. This proxy shall take effect only when and if I become unable to make my own health care decisions.

**(2) Optional: Alternate Agent**

If the person I appoint is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I hereby appoint \_\_\_\_\_  
(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise.

**(3)** Unless I revoke it or state an expiration date or circumstances under which it will expire, this proxy shall remain in effect indefinitely. (Optional: If you want this proxy to expire, state the date or conditions here.) This proxy shall expire (specify date or conditions): \_\_\_\_\_

**(4) Optional:** I direct my health care agent to make health care decisions according to my wishes and limitations, as he or she knows or as stated below. (If you want to limit your agent's authority to make health care decisions for you or to give specific instructions, you may state your wishes or limitations here.) I direct my health care agent to make health care decisions in accordance with the following limitations and/or instructions (attach additional pages as necessary): \_\_\_\_\_

In order for your agent to make health care decisions for you about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube and intravenous line), your agent must reasonably know your wishes. You can either tell your agent what your wishes are or include them in this section. See instructions for sample language that you could use if you choose to include your wishes on this form, including your wishes about artificial nutrition and hydration.

**(5) Your Identification** *(please print)*

Your Name \_\_\_\_\_

Your Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Your Address \_\_\_\_\_

**(6) Optional: Organ and/or Tissue Donation**

I hereby make an anatomical gift, to be effective upon my death, of:  
(check any that apply)

Any needed organs and/or tissues

The following organs and/or tissues \_\_\_\_\_

Limitations \_\_\_\_\_

If you do not state your wishes or instructions about organ and/or tissue donation on this form, it will not be taken to mean that you do not wish to make a donation or prevent a person, who is otherwise authorized by law, to consent to a donation on your behalf.

Your Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**(7) Statement by Witnesses** *(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be the health care agent or alternate.)*

I declare that the person who signed this document is personally known to me and appears to be of sound mind and acting of his or her own free will. He or she signed (or asked another to sign for him or her) this document in my presence.

Date \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Witness 1  
*(print)* \_\_\_\_\_ Name of Witness 2  
*(print)* \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA**

This form has been approved by the New York State Department of Health

Patient Name	Date of Birth	Social Security Number
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form:

In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV\* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.
2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:

9(a). Specific information to be released:

Medical Record from (insert date) \_\_\_\_\_ to (insert date) \_\_\_\_\_

Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.

Other: \_\_\_\_\_ Include: *(Indicate by Initialing)*

\_\_\_\_\_ **Alcohol/Drug Treatment**

\_\_\_\_\_ **Mental Health Information**

\_\_\_\_\_ **HIV-Related Information**

**Authorization to Discuss Health Information**

(b)  By initialing here \_\_\_\_\_ I authorize \_\_\_\_\_

Initials Name of individual health care provider

to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:

\_\_\_\_\_

(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)

10. Reason for release of information: <input type="checkbox"/> At request of individual <input type="checkbox"/> Other:	11. Date or event on which this authorization will expire:
12. If not the patient, name of person signing form:	13. Authority to sign on behalf of patient:

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or representative authorized by law.

\* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**

# Health Care Proxy

## *Appointing Your Health Care Agent in New York State*

*The New York Health Care Proxy Law allows you to appoint someone you trust — for example, a family member or close friend – to make health care decisions for you if you lose the ability to make decisions yourself. By appointing a health care agent, you can make sure that health care providers follow your wishes. Your agent can also decide how your wishes apply as your medical condition changes. Hospitals, doctors and other health care providers must follow your agent’s decisions as if they were your own. You may give the person you select as your health care agent as little or as much authority as you want. You may allow your agent to make all health care decisions or only certain ones. You may also give your agent instructions that he or she has to follow. This form can also be used to document your wishes or instructions with regard to organ and/or tissue donation.*

# **About the Health Care Proxy Form**

This is an important legal document.

Before signing, you should understand the following facts:

1. This form gives the person you choose as your agent the authority to make all health care decisions for you, including the decision to remove or provide life-sustaining treatment, unless you say otherwise in this form. “Health care” means any treatment, service or procedure to diagnose or treat your physical or mental condition.
2. Unless your agent reasonably knows your wishes about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by a feeding tube or intravenous line), he or she will not be allowed to refuse or consent to those measures for you.
3. Your agent will start making decisions for you when your doctor determines that you are not able to make health care decisions for yourself.
4. You may write on this form examples of the types of treatments that you would not desire and/or those treatments that you want to make sure you receive. The instructions may be used to limit the decision-making power of the agent. Your agent must follow your instructions when making decisions for you.
5. You do not need a lawyer to fill out this form.
6. You may choose any adult (18 years of age or older), including a family member or close friend, to be your agent. If you select a doctor as your agent, he or she will have to choose between acting as your agent or as your attending doctor because a doctor cannot do both at the same time. Also, if you are a patient or resident of a hospital, nursing home or mental hygiene facility, there are special restrictions about naming someone who works for that facility as your agent. Ask staff at the facility to explain those restrictions.
7. Before appointing someone as your health care agent, discuss it with him or her to make sure that he or she is willing to act as your agent. Tell the person you choose that he or she will be your health care agent. Discuss your health care wishes and this form with your agent. Be sure to give him or her a signed copy. Your agent cannot be sued for health care decisions made in good faith.
8. If you have named your spouse as your health care agent and you later become divorced or legally separated, your former spouse can no longer be your agent by law, unless you state otherwise. If you would like your former spouse to remain your agent, you may note this on your current form and date it or complete a new form naming your former spouse.
9. Even though you have signed this form, you have the right to make health care decisions for yourself as long as you are able to do so, and treatment cannot be given to you or stopped if you object, nor will your agent have any power to object.
10. You may cancel the authority given to your agent by telling him or her or your health care provider orally or in writing.
11. Appointing a health care agent is voluntary. No one can require you to appoint one.
12. You may express your wishes or instructions regarding organ and/or tissue donation on this form.



# **Frequently Asked Questions**

## **Why should I choose a health care agent?**

If you become unable, even temporarily, to make health care decisions, someone else must decide for you. Health care providers often look to family members for guidance. Family members may express what they think your wishes are related to a particular treatment. Appointing an agent lets you control your medical treatment by:

- **allowing your agent to make health care decisions** on your behalf as you would want them decided;
- **choosing one person to make health care decisions** because you think that person would make the best decisions;
- **choosing one person to avoid conflict or confusion** among family members and/or significant others.

You may also appoint an alternate agent to take over if your first choice cannot make decisions for you.

## **Who can be a health care agent?**

Anyone 18 years of age or older can be a health care agent. The person you are appointing as your agent or your alternate agent cannot sign as a witness on your Health Care Proxy form.

## **How do I appoint a health care agent?**

All competent adults, 18 years of age or older, can appoint a health care agent by signing a form called a Health Care Proxy. You don't need a lawyer or a notary, just two adult witnesses. Your agent cannot sign as a witness. You can use the form printed here, but you don't have to use this form.

## **When would my health care agent begin to make health care decisions for me?**

Your health care agent would begin to make health care decisions after your doctor decides that you are not able to make your own health care decisions. As long as you are able to make health care decisions for yourself, you will have the right to do so.

## **What decisions can my health care agent make?**

Unless you limit your health care agent's authority, your agent will be able to make any health care decision that you could have made if you were able to decide for yourself. Your agent can agree that you should receive treatment, choose among different treatments and decide that treatments should not be provided, in accordance with your wishes and interests. However, your agent can only make decisions about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube or intravenous line) if he or she knows your wishes from what you have said or what you have written. The Health Care Proxy form does not give your agent the power to make non-health care decisions for you, such as financial decisions.

## **Why do I need to appoint a health care agent if I'm young and healthy?**

Appointing a health care agent is a good idea even though you are not elderly or terminally ill. A health care agent can act on your behalf if you become even temporarily unable to make your own health care decisions (such as might occur if you are under general anesthesia or have become comatose because of an accident). When you again become able to make your own health care decisions, your health care agent will no longer be authorized to act.

## **How will my health care agent make decisions?**

Your agent must follow your wishes, as well as your moral and religious beliefs. You may write instructions on your Health Care Proxy form or simply discuss them with your agent.

## **How will my health care agent know my wishes?**

Having an open and frank discussion about your wishes with your health care agent will put him or her in a better position to serve your interests. If your agent does not know your wishes or beliefs, your agent is legally required to act in your best interest. Because this is a major responsibility for the person you appoint as your health care

## Frequently Asked Questions, *continued*

agent, you should have a discussion with the person about what types of treatments you would or would not want under different types of circumstances, such as:

- **whether you would want life support initiated/continued/removed** if you are in a permanent coma;
- **whether you would want treatments initiated/continued/removed** if you have a terminal illness;
- **whether you would want artificial nutrition and hydration initiated/withheld or continued or withdrawn** and under what types of circumstances.

### **Can my health care agent overrule my wishes or prior treatment instructions?**

No. Your agent is obligated to make decisions based on your wishes. If you clearly expressed particular wishes, or gave particular treatment instructions, your agent has a duty to follow those wishes or instructions unless he or she has a good faith basis for believing that your wishes changed or do not apply to the circumstances.

### **Who will pay attention to my agent?**

All hospitals, nursing homes, doctors and other health care providers are legally required to provide your health care agent with the same information that would be provided to you and to honor the decisions by your agent as if they were made by you. If a hospital or nursing home objects to some treatment options (such as removing certain treatment) they must tell you or your agent **BEFORE** or upon admission, if reasonably possible.

### **What if my health care agent is not available when decisions must be made?**

You may appoint an alternate agent to decide for you if your health care agent is unavailable, unable or unwilling to act when decisions must be made. Otherwise, health care providers will make health care decisions for you that follow instructions you gave while you were still able to do so. Any instructions that you write on your Health Care Proxy form will guide health care providers under these circumstances.

### **What if I change my mind?**

It is easy to cancel your Health Care Proxy, to change the person you have chosen as your health care agent or to change any instructions or limitations you have included on the form. Simply fill out a new form. In addition, you may indicate that your Health Care Proxy expires on a specified date or if certain events occur. Otherwise, the Health Care Proxy will be valid indefinitely. If you choose your spouse as your health care agent or as your alternate, and you get divorced or legally separated, the appointment is automatically cancelled. However, if you would like your former spouse to remain your agent, you may note this on your current form and date it or complete a new form naming your former spouse.

### **Can my health care agent be legally liable for decisions made on my behalf?**

No. Your health care agent will not be liable for health care decisions made in good faith on your behalf. Also, he or she cannot be held liable for costs of your care, just because he or she is your agent.

### **Is a Health Care Proxy the same as a living will?**

No. A living will is a document that provides specific instructions about health care decisions. You may put such instructions on your Health Care Proxy form. The Health Care Proxy allows you to choose someone you trust to make health care decisions on your behalf. Unlike a living will, a Health Care Proxy does not require that you know in advance all the decisions that may arise. Instead, your health care agent can interpret your wishes as medical circumstances change and can make decisions you could not have known would have to be made.

### **Where should I keep my Health Care Proxy form after it is signed?**

Give a copy to your agent, your doctor, your attorney and any other family members or close friends you want. Keep a copy in your wallet or purse or with other important papers, but not in a location where no one can access it, like a safe

## Frequently Asked Questions, *continued*

deposit box. Bring a copy if you are admitted to the hospital, even for minor surgery, or if you undergo outpatient surgery.

### **May I use the Health Care Proxy form to express my wishes about organ and/or tissue donation?**

Yes. Use the optional organ and tissue donation section on the Health Care Proxy form and be sure to have the section witnessed by two people. You may specify that your organs and/or tissues be used for transplantation, research or educational purposes. Any limitation(s) associated with your wishes should be noted in this section of the proxy.

**Failure to include your wishes and instructions on your Health Care Proxy form will not be taken to mean that you do not want to be an organ and/or tissue donor.**

### **Can my health care agent make decisions for me about organ and/or tissue donation?**

Yes. As of August 26, 2009, your health care agent is authorized to make decisions after your death, but only those regarding organ and/or tissue donation. Your health care agent must make such decisions as noted on your Health Care Proxy form.

### **Who can consent to a donation if I choose not to state my wishes at this time?**

It is important to note your wishes about organ and/or tissue donation to your health care agent, the person designated as your decedent's agent, if one has been appointed, and your family members. New York Law provides a list of individuals who are authorized to consent to organ and/or tissue donation on your behalf. They are listed in order of priority: your health care agent; your decedent's agent; your spouse, if you are not legally separated, or your domestic partner; a son or daughter 18 years of age or older; either of your parents; a brother or sister 18 years of age or older; or a guardian appointed by a court prior to the donor's death.

# Health Care Proxy Form Instructions

## **Item (1)**

Write the name, home address and telephone number of the person you are selecting as your agent.

## **Item (2)**

If you want to appoint an alternate agent, write the name, home address and telephone number of the person you are selecting as your alternate agent.

## **Item (3)**

Your Health Care Proxy will remain valid indefinitely unless you set an expiration date or condition for its expiration. This section is optional and should be filled in only if you want your Health Care Proxy to expire.

## **Item (4)**

If you have special instructions for your agent, write them here. Also, if you wish to limit your agent's authority in any way, you may say so here or discuss them with your health care agent. If you do not state any limitations, your agent will be allowed to make all health care decisions that you could have made, including the decision to consent to or refuse life-sustaining treatment.

If you want to give your agent broad authority, you may do so right on the form. Simply write: *I have discussed my wishes with my health care agent and alternate and they know my wishes including those about artificial nutrition and hydration.*

If you wish to make more specific instructions, you could say:

*If I become terminally ill, I do/don't want to receive the following types of treatments....*

*If I am in a coma or have little conscious understanding, with no hope of recovery, then I do/don't want the following types of treatments:....*

*If I have brain damage or a brain disease that makes me unable to recognize people or speak and there is no hope that my condition will improve, I do/don't want the following types of treatments:....*

*I have discussed with my agent my wishes about \_\_\_\_\_ and I want my agent to make all decisions about these measures.*

Examples of medical treatments about which you may wish to give your agent special instructions are listed below. This is not a complete list:

- artificial respiration
- artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube)
- cardiopulmonary resuscitation (CPR)
- antipsychotic medication
- electric shock therapy
- antibiotics
- surgical procedures
- dialysis
- transplantation
- blood transfusions
- abortion
- sterilization

## **Item (5)**

You must date and sign this Health Care Proxy form. If you are unable to sign yourself, you may direct someone else to sign in your presence. Be sure to include your address.

## **Item (6)**

You may state wishes or instructions about organ and /or tissue donation on this form. New York law does provide for certain individuals in order of priority to consent to an organ and/or tissue donation on your behalf: your health care agent, your decedent's agent, your spouse, if you are not legally separated, or your domestic partner, a son or daughter 18 years of age or older, either of your parents, a brother or sister 18 years of age or older, a guardian appointed by a court prior to the donor's death.

## **Item (7)**

Two witnesses 18 years of age or older must sign this Health Care Proxy form. The person who is appointed your agent or alternate agent cannot sign as a witness.

Instructions for the Use  
of the HIPAA-compliant Authorization Form to  
Release Health Information Needed for Litigation

This form is the product of a collaborative process between the New York State Office of Court Administration, representatives of the medical provider community in New York, and the bench and bar, designed to produce a standard official form that complies with the privacy requirements of the federal Health Insurance Portability and Accountability Act (“HIPAA”) and its implementing regulations, to be used to authorize the release of health information needed for litigation in New York State courts. It can, however, be used more broadly than this and be used before litigation has been commenced, or whenever counsel would find it useful.

The goal was to produce a standard HIPAA-compliant official form to obviate the current disputes which often take place as to whether health information requests made in the course of litigation meet the requirements of the HIPAA Privacy Rule. It should be noted, though, that the form is optional. This form may be filled out on line and downloaded to be signed by hand, or downloaded and filled out entirely on paper.

When filing out Item 11, which requests the date or event when the authorization will expire, the person filling out the form may designate an event such as “at the conclusion of my court case” or provide a specific date amount of time, such as “3 years from this date”.

If a patient seeks to authorize the release of his or her entire medical record, but only from a certain date, the first two boxes in section 9(a) should both be checked, and the relevant date inserted on the first line containing the first box.

## Details about patient information in Bronx RHIO, Inc and the consent process:

**1. How Your Information Will be Used.** Your electronic health information will be used by PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL **only** to:

- Provide you with medical treatment and related services
- Check whether you have health insurance and what it covers
- Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients.

**NOTE: The choice you make in this Consent Form does NOT allow health insurers to have access to your information for the purpose of deciding whether to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate Consent Form that health insurers must use.**

**2. What Types of Information about You Are Included.** If you give consent, PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL may access ALL of your electronic health information available through the RHIO. This includes information created before and after the date of this Consent Form. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medicines you have taken. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:

- Alcohol or drug use problems
- Birth control and abortion (family planning)
- Genetic (inherited) diseases or tests
- HIV/AIDS
- Mental health conditions
- Sexually transmitted diseases

**3. Where Health Information About You Comes From.** Information about you comes from places that have provided you with medical care or health insurance ("Information Sources"). These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, health insurers, the Medicaid program, and other ehealth organizations that exchange health information electronically. A complete list of current Information Sources is available from [*Provider Organization OR RHIO, as applicable*]. You can obtain an updated list of Information Sources at any time by checking the Bronx RHIO, Inc's website at [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) or by calling 718-708-6630.

**4. Who May Access Information About You, If You Give Consent.** Only these people may access information about you: doctors and other health care providers who serve on PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL'S medical staff who are involved in your medical care; health care providers who are covering or on call for PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL'S doctors; and staff members who carry out activities permitted by this Consent Form as described above in paragraph one.

**5. Penalties for Improper Access to or Use of Your Information.** There are penalties for inappropriate access to or use of your electronic health information. If at any time you suspect that someone who should not have seen or gotten access to information about you has done so, call the Bronx RHIO, Inc. at: 718-708-6630; or visit Bronx RHIO, Inc's website: [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org); or call the NYS Department of Health at 877-690-2211.

**6. Re-disclosure of Information.** Any electronic health information about you may be re-disclosed by PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL'S to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. This is also true for health information about you that exists in a paper form. Some state and federal laws provide special protections for some kinds of sensitive health information, including HIV/AIDS and drug and alcohol treatment. Their special requirements must be followed whenever people receive these kinds of sensitive health information. Bronx RHIO, Inc and persons who access this information through the Bronx RHIO, Inc must comply with these requirements.

**7. Effective Period.** This Consent Form will remain in effect until the day you withdraw your consent or until such time the RHIO ceases operation or until 50 years after my death, whichever is later.

**8. Withdrawing Your Consent.** You can change your mind at any time by completing and signing a new Consent Form and giving it to PERRY AVENUE FAMILY MEDICAL. You can get this form on the Bronx RHIO, Inc's website at [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) or from your provider. **Note: Organizations that access your health information through Bronx RHIO, Inc while your consent is in effect may copy or include your information in their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.**

**9. Copy of Form.** You are entitled to get a copy of this Consent Form after you sign it.

# Patients' Bill of Rights

**As a patient in a hospital in New York State, you have the right, consistent with law, to:**

- Understand and use these rights. If for any reason you do not understand or you need help, the center MUST provide assistance, including an interpreter.
- Receive treatment without discrimination as to race, color, religion, sex, national origin, disability, sexual orientation, source of payment, or age.
- Receive considerate and respectful care in a clean and safe environment free of unnecessary restraints.
- Receive emergency care if you need it.
- Be informed of the name and position of the doctor who will be in charge of your care.
- Know the names, positions and functions of any clinical staff involved in your care and refuse their treatment, examination or observation.
- Receive complete information about your diagnosis, treatment and prognosis.
- Receive all the information that you need to give informed consent for any proposed procedure or treatment. This information shall include the possible risks and benefits of the procedure or treatment.
- Receive all the information you need to give informed consent for an order not to resuscitate. You also have the right to designate an individual to give this consent for you if you are too ill to do so. If you would like additional information, please ask for a copy of the pamphlet "Health Care Proxy"
- Refuse treatment and be told what effect this may have on your health.
- Refuse to take part in research. In deciding whether or not to participate, you have the right to a full explanation.
- Privacy while in the clinic and confidentiality of all information and records regarding your care.
- Participate in all decisions about your treatment.
- Review your medical record without charge. Obtain a copy of your medical record for which the clinic can charge a reasonable fee.
- Receive an itemized bill and explanation of all charges.
- Complain without fear of reprisals about the care and services you are receiving and to have the clinic respond to you and if you request it, a written response. If you are not satisfied with the Clinic's response, you can complain to the New York State Health Department. The Clinic must provide you with the State Health Department telephone number.
- Make known your wishes in regard to anatomical gifts. You may document your wishes in your health care proxy or on a donor card, available from the clinic.



3071 Perry Avenue Bronx NY 10467 Phone: (718)231-6700 Fax: (718)652-4616

Patient Nuevo  
 Actualización

**Information del paciente**

Apellido : \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero/a Divirchado/a  
Casado/a Viudo/a  
Sexo: Masculino Femenino  
Direccion : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero Primario: \_\_\_\_\_ Alt Number: \_\_\_\_\_ Necesita Intérprete S N  
Direccion de correo electrónico: \_\_\_\_\_ *\*\*Con su correo electrónico puede acceder a sus registros medicos !*  
Raza: Hispano Blanco Afro Americano A. Indian Otro Ethnicity: Hispanic / Latino Y N  
Occupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Numero telefonico del empleador: \_\_\_\_\_

**Informacion de Seguro medico**

*Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista*

Compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_

\* Si no tiene seguro medico, marque esta casilla

¿Es su visita hoy debido a un caso de Compensación de Trabajadores o accidente de Auto?

Si o No En caso afirmativo, ¿cuándo se lesionó? \_\_\_\_\_

**Consentimiento del historial de medicamentos**

Nombre de su farmacia : \_\_\_\_\_ Numero Telefonico de la farmacia : \_\_\_\_\_

Direccion de su farmacia: \_\_\_\_\_

¿Permito que el Centro Médico Perry Avenue Family Medcial descargue mi historia de E-Med? Si o NO

**Contacto de Emergencia (Menores: Información de los padres o del tutor legal)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relation al pacientet: \_\_\_\_\_

Telefono celular: \_\_\_\_\_ Numero alt: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Perry Avenue Family Medical que propocione todos los cuidados medicos incluyendo diagnostico tratamiento y procedimientos (autorizados pro el Departamento de La Salud del estado de Nueva York) a traves de su personal medico, los cuales sean necesarios recomendables en acuerdo con su opinion professional.

Este document me ha sido explicado en su totalidad y estoy satisfecho y comprendo su contenido y significado. contenido que puedo retirar esta autorizacion (por escrito) y/o discontinuar el tratamiento en cualquier momento. La informacion anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mis beneficios de seguro que los pagados sean directamente al medico. Tambien autorizo a PAFM o compania de seguros para liberar toda la Informacion necesaria para procesar mis reclamos.

Frima del paciente/Pariente legal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Por favor, inicie después de haber recibido cada formulario**

Declaración de derechos de los pacientes

HIPPA

Divulgación de Medicamentos



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO BRONX RHIO, INC

En este Formulario de Consentimiento, usted puede optar por autorizar a Perry Avenue Family Medical obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc., la cual forma parte de una red informática de todo el estado. Esto puede ayudar a reunir los registros médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención médica y permitir que estén disponibles de forma electrónica para nuestra oficina.

Puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a Perry Avenue Family Medical a consultar y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta forma. Puede dar o no dar su consentimiento, y este formulario se puede completar ahora o más adelante. **Su decisión no afectará su capacidad para recibir asistencia médica o cobertura de su seguro de salud. Su decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá utilizarse como fundamento para negar los servicios de atención de la salud.**

Si marca el casillero “**DOY MI CONSENTIMIENTO**” más abajo, usted estará diciendo: “Sí, el personal de Perry Avenue Family Medical que participa en mi atención puede consultar y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc.”.

Si marca el casillero “**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**” más abajo, usted estará diciendo: “No, Perry Avenue Family Medical no tiene autorización para acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin”.

Bronx RHIO, Inc. es una organización sin fines de lucro. Comparte información electrónicamente y de manera segura sobre la salud de las personas para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir datos se denomina *ehealth* o Informática de la Salud (*Health IT*). Para obtener más información sobre *ehealth* en el Estado de Nueva York, lea el folleto “*Better Information Means Better Care*” (Mejor información equivale a mejor atención). Puede pedirselo a Perry Avenue Family Medical o visitar el sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

**Lea detenidamente la información que se encuentra al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.**

**Sus opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO a Perry Avenue Family Medical para que acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. en lo que respecta a proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Perry Avenue Family Medical acceda** a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin, *incluso en una emergencia médica*.

**Si usted no indica lo contrario, la ley del Estado de Nueva York autoriza a las personas que lo atiendan en una emergencia a obtener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.**

Si NO quiere dar su consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y a los planes de salud que participan en Bronx RHIO, Inc para que accedan a su información sanitaria electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. puede retirar su consentimiento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc en [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o también llamando a Bronx RHIO, Inc en el teléfono 718-708-6630

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

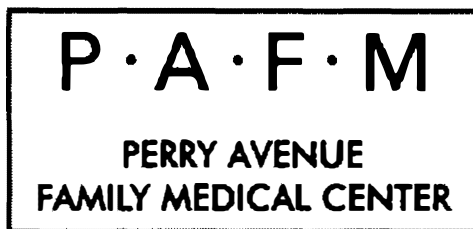
\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, en letra de imprenta  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal  
con el paciente (si corresponde)



3071 Perry Avenue Family Medical Bronx NY 10467  
Phone 718-231-6700 / Fax 7186524616

Making the Bronx  
A Healthier Place

### **ACUERDO DE POLITICA DE PAGO**

Los últimos años se han producido muchos cambios en el sistema de salud. Las compañías de seguros tienen muchos tipos de planes con distintas responsabilidades para cada paciente. Es difícil para cada oficina de servicios médicos conocer y mantener el ritmo de cada plan.

Se ha vuelto más importante para usted, el paciente, conocer y avisarnos de cualquier cambio en su cobertura de salud. La información hace que el proceso de reembolso sea más fácil y garantiza que los servicios médicos sean cubiertos.

Si usted está cubierto por un programa de administración de cuidados, usted será responsable de traer un referido de su médico de atención primaria, si es necesario. Usted también será responsable de cualquier co-pagos o deducibles en el momento de su visita y cualquier co-seguro que usted pueda tener con su seguro una vez que su factura sea procesada. Si no está seguro de sus responsabilidades con su compañía de seguros le recomendamos que se ponga en contacto con ellos.

Por favor, comprenda que como paciente, usted es el responsable por el pago de su cuidado médico.

Le damos las gracias por su confianza en nosotros y esperamos que continúe satisfecho con la atención médica que le proporcionamos.

Sinceramente,

Perry Avenue Family Medical Center

---

Firma de Paciente

---

Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME CON LA LEY HIPAA**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Numero del Expediente
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito(a) que la información de salud con respect a mi cuidado y tratamiento se revele según se establece en este formulario:

De acuerdo con las Leyes del Estado de Nueva York y las Normas de Privacidad de la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA) de 1996, comprendo que:

- Esta autorización puede incluir la revelación de información relacionada con el **USO EXCESIVO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGRAS, TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL**, except las anotaciones de psicoterapia y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto número 9(a). En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluya a cualquiera de estos tips de información, y yo escriba mis iniciales en la línea de la casilla número 9(a), autorizo específicamente a revelar tal información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
- Si autorizo a revelar información relacionada con el VIH, tratamiento contra el alcoholismo o las drogas o tratamiento para la salud mental, se le prohíbe a la persona que recibe la información volver a revelar tal información sin mi autorización a menos que las leyes federales o estatales así lo permitan. Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experiment discriminación debido a la revelación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York Division of Human Rights) en el (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) en el (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de cuidados de salud mencionado abajo. Comprendo que puedo revocar esta autorización except en la medida que ya se haya realizado alguna acción basada en esta autorización.
- Comprendo que esta autorización se firma voluntariamente. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad en cuanto a los beneficios no dependerá de mi autorización a esta revelación.
- La información revelada bajo esta autorización podía volver a ser revelada por quien la recibe (except como se indica arriba en el punto 2), y las leyes federales o estatales pueden no seguir protegiendo esta nueva revelación.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A USTED PARA HABLAR ACERCA DE MI ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE APARTE DEL ABOGADO O DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o de la entidad para revelar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de la persona a quien se le enviará esta información:

9(a). Especifique la información que se va a revelar:

Expediente medico de (escriba la fecha): \_\_\_\_\_ a (escriba la fecha): \_\_\_\_\_

Expediente medico complete, incluyendo historiales del paciente, anotaciones en el consultorio (except la anotaciones de psicoterapia), resultados de análisis, estudios radiológicos, películas, Remisiones, consultas, expedients de factures, expedients de seguros y expedients que le enviaron a usted otros proveedores de cuidados de salud.

Otro: \_\_\_\_\_ Incluye: *(Indique escribiendo sus iniciales)*

\_\_\_\_\_ **Tratamiento contra el alcoholismo/las drogas**

\_\_\_\_\_ **Información de Salud Mental**

\_\_\_\_\_ **Información relacionada con el VIH**

\_\_\_\_\_ **Prueba de Genetica**

**Autorización para hablar sobre la Información de Salud**

(b)  Al escribir las iniciales aquí \_\_\_\_\_ yo autorizo a \_\_\_\_\_

Iniciales

Nombre del proveedor de cuidados de salud del individuo

Para hablar acerca de mi información de salud con mi abogado o agencia gubernamental, anotada aquí:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma del abogado o Nombre de la Agencia gubernamental)

10. Motivo por el cual se revela la información: <input type="checkbox"/> Solicitado por el individuo <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o momento de vencimiento de esta autorización:
12. Si el paciente no firma, escriba el nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad legal para firmar en nombre del paciente:

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han contestado mis preguntas sobre el mismo. Además, se me ha entregado una copia de este formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado ante la ley.

\* El Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. Las Leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York (New York State Public Health Law) protegen la información que razonablemente puede identificar a alguien con síntomas o infección por VIH y la información con respect a quienes hayan tenido contacto con esa persona.  
Revisado 2017

# Poder de atención médica

---

## *Nombramiento de su agente de atención médica en el Estado de Nueva York*

*La New York Health Care Proxy Law le permite elegir a alguien en quien confía (por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano) para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que sus proveedores de atención médica cumplirán sus deseos. Su agente también decidirá sobre cómo aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben respetar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted podría darle a la persona que elija para que sea su agente de atención médica el grado de autoridad que usted desee. Podría permitirle a su agente que tome todas las decisiones de atención médica o que solo tome determinadas decisiones. También podría darle instrucciones a su agente para que las siga. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones en relación a la donación de órganos o tejidos.*

# Acerca del formulario del Poder de atención médica

Este es un documento legal importante.  
Antes de firmar, debe entender lo siguiente:

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre.
5. Usted no necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede escoger a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si usted selecciona a un médico como su agente, él/ella deberá escoger si actúa como agente o su médico tratante porque un médico no puede desempeñar las dos funciones al mismo tiempo. Asimismo, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen limitaciones especiales para nombrar a una persona que trabaje en el centro como su agente. Pida al personal del centro que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su agente de atención médica, hable con la persona y asegúrese de que está dispuesta a hacerlo. Dígale a la persona que seleccione que será su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos de atención médica y de este formulario con su agente. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no podrá ser demandado por decisiones de atención médica de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como su agente de atención médica y luego se divorcian o se separan legalmente, su ex cónyuge no podrá seguir actuando como su agente ante la ley, salvo que usted lo indique de otra manera. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.
9. A pesar de haber firmado este formulario, usted tiene derecho a tomar sus decisiones de atención médica siempre que esté en capacidad de hacerlo, y no se le podrá iniciar ni suspender un tratamiento si usted se opone, y su agente no tendrá ningún poder para objetar sus decisiones.
10. Usted puede anular la autoridad que le otorgó a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es voluntaria. Nadie le puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos.

# Preguntas frecuentes

## **¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?**

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencias buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de su tratamiento médico al:

- permitir que su agente tome decisiones de atención médica en su nombre de la forma en que usted hubiera decidido;
- elegir a una persona para que tome decisiones médicas porque usted considera que esa persona tomaría las mejores decisiones;
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia o entre las personas importantes.

También puede nombrar a un agente alternativo para que sustituya a su primera elección si este no puede tomar decisiones en su nombre.

## **¿Quién puede ser un agente de atención médica?**

Cualquier persona que tenga 18 años de edad o más puede ser un agente de atención médica. La persona que nombre como su agente o agente alternativo no pueden firmar como testigo en el formulario de Poder de atención médica.

## **¿Cómo puedo nombrar a un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, que tengan 18 años de edad o más, pueden nombrar a un agente mediante la firma de un formulario llamado Poder de atención médica. No se necesita un abogado o un notario, solamente dos testigos adultos. Su agente no podrá firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no tiene que usar este formulario.

## **¿En qué momento podrá empezar mi agente de atención médica a tomar decisiones de atención médica en mi nombre?**

Su agente de atención médica empezará a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que tenga la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá el derecho de hacerlo.

## **¿Qué decisiones de atención médica podrá tomar mi agente de atención médica?**

A menos que usted restrinja la autoridad del agente de atención médica, su agente podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted tomaría si tuviera la capacidad para decidir por sí mismo. Su agente puede estar de acuerdo en que usted reciba tratamiento, puede elegir entre varios tratamientos y decidir cuál tratamiento le deben aplicar, de acuerdo a sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones en cuanto a nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provista mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos acerca de lo que usted dijo o escribió. El formulario de Poder de atención médica no le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones que no sean de atención médica, como decisiones financieras.

## **¿Por qué debo nombrar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

Nombrar a un agente de atención médica es una buena idea incluso si no es anciano ni tiene una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en su nombre si usted es temporalmente incapaz de tomar decisiones de atención médica por su cuenta (como podría ocurrir si está bajo los efectos de anestesia general o si está en estado de coma debido a un accidente). Cuando vuelve a tener la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo, su agente de atención médica ya no estará autorizado para actuar.

## Preguntas frecuentes, *continuación*

### **¿Cómo tomará las decisiones de atención médica mi agente de atención médica?**

Su agente deberá cumplir sus deseos y deberá tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario de Poder de atención médica o simplemente hablarlo con su agente.

### **¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis deseos?**

Con una conversación franca y abierta sobre sus deseos con el agente de atención médica usted le dará mejores herramientas para atender sus intereses. Si su agente no conoce cuáles son sus deseos o sus creencias, el agente está obligado legalmente a actuar en su mejor interés. Debido a que esto es una gran responsabilidad para la persona que nombre como su agente de atención médica, debe hablar con esa persona acerca de los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como:

- si le gustaría iniciar/continuar/retirar el soporte vital si está en coma permanente;
- si desea iniciar/continuar/retirar los tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si desea iniciar/retener o continuar con nutrición e hidratación artificial y bajo qué tipo de circunstancias.

### **¿Puede mi agente de atención médica actuar en contra de mis deseos o en contra de las instrucciones previas de tratamiento?**

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente algún deseo en particular, o bien, otorgó instrucciones específicas para tratamiento, su agente tiene la responsabilidad de cumplir esos deseos o instrucciones a menos que tenga un motivo de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o que no aplican a las circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica están

legalmente obligados a proporcionarle a su agente de atención médica la misma información que le daría a usted y a honrar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Si un hospital o un hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como retirar cierto tratamiento) ellos deberán indicárselo a usted o a su agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?**

Usted podrá nombrar a un agente alterno para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible, no es capaz o no desea actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, de acuerdo a las instrucciones que le dio mientras aún era capaz de hacerlo. Cualquier instrucción que usted haya indicado por escrito en su Poder de atención médica servirá de guía a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de parecer?**

Es fácil cancelar un Poder de atención médica, cambiar a la persona que eligió como su agente de atención médica o cambiar cualquier instrucción o restricción que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de atención médica expira en una fecha determinada o si ocurre determinado evento. De lo contrario, el Poder de atención médica tendrá validez permanente. Si elige a su cónyuge como su agente de atención médica o como el agente alternativo y usted se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento automáticamente queda cancelado. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.

## Preguntas frecuentes, *continuación*

### **¿Puede mi agente de atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que tomé en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre, de buena fe. Además, no será responsable de los costos de su atención, solo porque es su agente.

### **¿Es lo mismo el poder de atención médica que el testamento en vida?**

No. Un documento de instrucciones anticipadas es aquel que proporciona instrucciones específicas sobre decisiones de atención médica. Puede colocar dichas instrucciones en el formulario de Poder de atención médica. El Poder de atención médica le permite elegir a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de un testamento en vida, un poder de atención médica no exige usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En su lugar, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambian, y puede tomar decisiones que este no podría haber sabido que tendría que tomar.

### **¿En dónde debo mantener mi formulario de poder de atención médica después de que lo firme?**

Dele una copia a su agente, una a su médico, una a su abogado y otra a cualquier miembro de la familia o amigos cercanos a quienes desee darla. Mantenga una copia en su billetera o en su bolso o con otros documentos importantes, pero no en un lugar en donde nadie pueda tener acceso, como una caja e seguridad. Lleve una copia si va a ser admitido en el hospital, incluso para una cirugía menor, o si va a someterse a una cirugía como paciente ambulatorio.

### **¿Podría usar el formulario de poder de atención médica para expresar mis deseos sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. Utilice la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de poder de atención médica y asegúrese de que haya dos testigos para esta sección. Podrá especificar qué órganos y tejidos se usarán para trasplante, investigación o fines educativos. Cualquier limitación asociada con sus deseos deberá anotarse en esta sección del poder. **Si incumple con incluir sus deseos e instrucciones en el poder de atención médica no se interpretará como que usted no desea ser un donador de órganos o tejidos.**

### **¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su agente de atención médica está autorizado para tomar decisiones después de su fallecimiento, pero solamente en lo concerniente a donación de órganos o tejidos. Su agente de atención médica podrá tomar dichas decisiones según lo establecido en el formulario de poder de atención médica.

### **¿Quiénes pueden dar consentimiento para una donación si yo elijo no indicar cuáles son mis deseos en este momento?**

Es importante informar a su agente de atención médica sobre sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos, a la persona nombrada como su agente después del fallecimiento, si se nombró alguno y a los miembros de su familia. Las leyes de Nueva York proporcionan una lista de personas que están autorizadas a dar consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están enumerados en orden de prioridad: su agente de atención médica, el agente de la persona fallecida, su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica, un hijo o una hija mayor de 18 años, alguno de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años, un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.



# Instrucciones del formulario para el poder de atención médica

## Ítem (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

## Ítem (2)

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

## Ítem (3)

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

## Ítem (4)

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted debería haber tomado, incluida la decisión de autorizar o prohibir el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario. Escriba: *Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.*

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

*Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento...*

*Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento...*

*Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos...*

*Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con \_\_\_\_\_ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.*

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- hidratación y alimentación artificial (alimento y agua proporcionados mediante una sonda de alimentación)
- reanimación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## Ítem (5)

Debe fechar y firmar este formulario de Poder de atención médica. Si no puede hacerlo por usted mismo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

## Ítem (6)

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos. Las leyes de Nueva York designan a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos y/o tejidos en su nombre: su agente de atención médica, el agente de la persona fallecida, su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica, un hijo o una hija mayor de 18 años, alguno de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años, un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

## Ítem (7)

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder de atención médica. La persona designada como su agente o agente alternativo no pueden firmar como testigos.

# Poder de atención médica

**(1) Yo,** \_\_\_\_\_  
por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección y número telefónico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

**(2) Opcional: Agente alternativo**

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por medio del presente

nombro a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección y número telefónico)

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

**(3)** Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (Opcional: Si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(4) Opcional:** Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (adjunte páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** *(en letra de molde)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos**

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

*(marque la opción que corresponda)*

Cualquier órgano y/o tejido que se necesite

Los siguientes órganos y/o tejidos \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de testigos** *(Los testigos deben tener mínimo 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del primer testigo *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_ Nombre del segundo testigo *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_



Department of Health

## Detalles sobre la información del paciente en Bronx RHIO, Inc. y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se utilizará su información.** Perry Avenue Family Medical utilizará su información médica electrónica **solamente** para:

- proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados;
- verificar si tiene un seguro médico y con qué cobertura cuenta; y
- evaluar y mejorar la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.

**NOTA: La decisión que tome en este Formulario de Consentimiento NO autoriza a las aseguradoras de salud a acceder a su información para decidir si le dan un seguro de salud o pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en otro Formulario de Consentimiento aparte que deben usar las aseguradoras de salud.**

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, Perry Avenue Family Medical podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible a través de RHIO. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Sus registros médicos pueden incluir un historial médico sobre las enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura de hueso), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas de salud confidenciales, incluidos, entre otros:

- Problemas de consumo de alcohol o drogas
- Control de la natalidad y abortos (planificación familiar)
- Exámenes o enfermedades genéticas (heredadas)
- VIH/SIDA
- Problemas de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual

3. **De dónde se obtiene la información médica sobre usted.** La información sobre usted se obtiene de los lugares que le han proporcionado atención médica o seguro de salud ("Fuentes de Información"). Pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones de *health* que intercambian información médica electrónicamente. En Bronx RHIO, Inc. se encuentra disponible una lista completa de las Fuentes de Información actuales. Puede obtener una lista actualizada de las Fuentes de Información en cualquier momento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llamando al 718-708-6630.

4. **Quiénes pueden acceder a la información sobre usted, si da su consentimiento.** Solamente estas personas pueden acceder a la información sobre usted: los médicos y otros proveedores de atención médica que forman parte del personal médico de Perry Avenue Family Medical y que participan en su atención médica; los proveedores de atención médica que están de guardia o reemplazando a los médicos de Perry Avenue Family Medical; y los miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de Consentimiento, según se describe anteriormente en el primer párrafo.

5. **Sanciones por el acceso o el uso indebido de su información.** Existen sanciones por el acceso o el uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber consultado o tenido acceso a la información sobre usted lo ha hecho, llame a Bronx RHIO, Inc. al 718-708-6630, visite el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987 o siguiendo el proceso de reclamación de la oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

6. **Divulgación posterior de información.** Perry Avenue Family Medical puede divulgar posteriormente cualquier información médica electrónica sobre usted a otras personas sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel, por escrito. Algunas leyes estatales y federales proporcionan protecciones especiales para ciertos tipos de información médica confidencial, que incluyen el VIH/SIDA y los tratamientos contra las drogas y el alcohol. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban estos tipos de información médica confidencial. Bronx RHIO, Inc. y las personas que acceden a esta información a través de Bronx RHIO, Inc. deben cumplir con estos requisitos.

7. **Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que retire su consentimiento o hasta que tal tiempo el RHIO deje operación o hasta 50 años después de mi muerte, el que es más tarde.

8. **Retiro de su consentimiento.** Puede cambiar de parecer en cualquier momento si completa y firma un nuevo Formulario de Consentimiento y lo entrega a Perry Avenue Family Medical. Puede obtener este formulario en el sitio web de Bronx RHIO, Inc. [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o pedirselo a su proveedor. **Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de Bronx RHIO, Inc. mientras su consentimiento esté en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aunque más adelante decida retirar su consentimiento, ellas no están obligadas a devolver o quitar su información de sus registros.**

9. **Copia del formulario.** Tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento luego de firmarlo.

10. **Salud Pública y organización de acceso para la obtención de órganos.** Ya sean Federales, estatales o locales, las agencias de salud pública y ciertas organizaciones para la obtención de órganos, están autorizadas, por ley al acceso de información sanitaria sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de salud pública y de trasplante de órganos. Puede que estas entidades accedan a su información a través de Bronx RHIO, Inc para estos propósitos sin tener en cuenta tanto si usted da o como si no da su consentimiento o si no completa un formulario de consentimiento.

## Instrucciones para el uso del formulario de autorización con la ley HIPAA para divulgar información de salud necesaria para litigios

Esta forma es el producto de un proceso de colaboración entre la Nueva York estado oficina de administración de la corte, representantes de la comunidad de proveedor de servicios médicos en Nueva York, Banco y bar, diseñado para producir una forma oficial estándar que cumple con los requisitos de privacidad de la federal Health Insurance Portability y Accountability Act ("HIPAA") y su normativa de desarrollo, para ser utilizado para autorizar la liberación de información de salud necesaria para casos de litigio en los tribunales del estado de Nueva York. Sin embargo, puede ser utilizado más ampliamente que esto y utilizarse antes de litigios se ha iniciado, o siempre que sea abogado encontraría útil. El objetivo era producir un estándar con la ley HIPAA formulario oficial para obviar los conflictos actuales que ocurren a menudo en cuanto a si las solicitudes de información de salud hechas en el curso de litigio cumplen los requisitos de la regla de privacidad HIPAA. Sin embargo, cabe señalar que el formulario es opcional. Esta forma puede llenar en línea y descargada para ser firmada a mano, o descargada y llenada totalmente de papel.

Cuando la declaración artículo 11, que pide la fecha o el evento cuando caducará la autorización, la persona rellenando el formulario puede designar un evento como "en la conclusión de mi caso en la corte" o proporcionar una fecha específica cantidad de tiempo, tales como "3 años a partir de esta fecha". Si un paciente pretende autorizar la liberación de su historial médico completo, pero sólo desde una fecha determinada, las dos primeras cajas en la sección 9.a debe tanto revisar, y la fecha inserta en la primera línea que contiene la primera casilla.

## **Declaración de derechos de los pacientes**

**Como paciente en una Clínica del estado de Nueva York, usted tiene derecho, de acuerdo con la ley, a:**

- Comprender y utilizar estos derechos. Si por la razón que sea, usted no comprende estos derechos necesita ayuda para hacerlo, el hospital TIENE que proporcionar asistencia, incluyendo a un intérprete.
- Recibir tratamiento sin que haya discriminación a causa de la raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidades, orientación sexual, capacidad de pagar, o edad.
- Recibir atención con consideración y respeto en unas instalaciones limpias y seguras y que estén libres de restricciones innecesarias.
- Recibir atención de emergencia si usted la requiere.
- Ser informado del nombre y de la posición dentro del hospital del médico que estará a cargo de su cuidado.
- Saber el nombre, la posición y las funciones de cualquier empleado del hospital que tome parte en su atención de salud y su tratamiento, y el derecho a rechazar el tratamiento, examen u observación por parte de cualquiera de ellos.
- Recibir información completa acerca de su diagnosis, tratamiento y pronosis.
- Recibir toda la información que usted necesite para así poder dar un consentimiento bien informado sobre cualquier procedimiento o tratamiento que propongan los profesionales de la clínica. Esta información debe incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o el tratamiento propuestos.
- Recibir toda la información que usted necesite para así poder dar un consentimiento bien informado para impartir la orden de que usted no sea resucitado. También tiene derecho a designar a otra persona para dar ese consentimiento en nombre suyo si usted se encuentra demasiado enfermo para hacerlo. Si quiere información adicional, por favor solicite que le entreguen una copia del folleto "Tomando decisiones sobre el cuidado de la salud. Una guía para los pacientes y las familias".
- Rechazar un tratamiento en particular y ser informado de los efectos que esta decisión podría tener para su salud.
- Rechazar ser parte de una investigación. Antes de decidir si usted quiere o no participar, tiene derecho a una explicación completa.
- Privacidad mientras se encuentra en la clínica y confidencialidad con la información y los registros médicos que correspondan a su cuidado.
- Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento.  
Revisar sus registros médicos sin costo alguno. Obtener una copia de sus registros médicos por la cual el hospital puede cobrar una cantidad razonable.
- Recibir una factura detallada y una explicación de todo lo que se le está cobrando.
- Quejarse sin temor a represalias del cuidado y los servicios que está recibiendo, y recibir una respuesta de parte del hospital, por escrito si así lo solicita usted. Si no queda satisfecho con la respuesta del hospital, puede quejarse al Departamento de Salud del estado de Nueva York. El hospital debe proporcionarle el número telefónico del Departamento de Salud.
- Hacer saber sus deseos en lo referente a donaciones anatómicas. Puede dejar documentados sus deseos en un poder por escrito o en una tarjeta de donador, que se encuentra disponible en cada hospital.

Ley de Salud Pública (PHL)2803 (1)(g)Derechos de los pacientes, 10NYCRR, 405.7,405.7(a)(1),405.7(c)