

Primer Nombre: Segundo Nombre:

Apellido:

Favor de seleccionar **SOLAMENTE UNA OPCIÓN DE LAS CASILLAS** abajo.

OPCIÓN #1: TODOS MIS MÉDICOS, INCLUYENDO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
 Yo autorizo a cualquier y a todos los proveedores/organizaciones de salud que me están tratando o están involucrados en la coordinación de mi cuidado de salud de tener acceso a cualquiera y a toda información sobre mi salud a través de CurrentCare.

OR

OPCIÓN #2: SOLAMENTE SITUACIONES DE EMERGENCIA
 Yo autorizo a cualquier y a todos los proveedores/organizaciones de cuidado de salud de tener acceso a la información de mi salud temporalmente a través de CurrentCare solamente en una emergencia o en una situación no programada.

OR

OPCIÓN #3: SOLAMENTE ALGUNOS DE MIS MÉDICOS Y EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
 Yo autorizo a los siguientes proveedores/organizaciones de cuidado de salud de tener acceso a la información de mi salud a través de CurrentCare. (Si usted seleccionó esta opción, debe llenar la información que se le pide abajo.)

*Si usted seleccionó **Opción #3** arriba, favor de rellenar la información abajo. Solamente necesita rellenar esta sección si seleccionó **Opción #3**.*

Nombre del Proveedor/Organización:

Dirección del Proveedor:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número de Teléfono del Proveedor: - -

Nombre del Proveedor/Organización:

Dirección del Proveedor:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número de Teléfono del Proveedor: - -

Nombre del Proveedor/Organización:

Dirección del Proveedor:

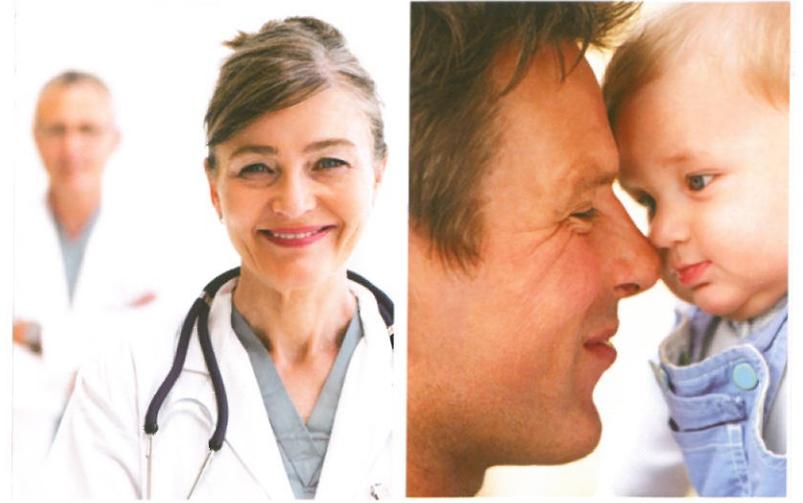
Ciudad: Estado: Código Postal:

Número de Teléfono del Proveedor: - -



currentcare se ha hecho posible a través del esfuerzo conjunto del Rhode Island Quality Institute y el Departamento de Salud de Rhode Island, con apoyo financiero por parte del gobierno federal y otros miembros de la comunidad de cuidados de salud. El Rhode Island Quality Institute (RIQI), por sus siglas en inglés, es la Organización regional de información de Rhode Island (RHIO, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre el Rhode Island Quality Institute, visite el sitio de RIQI en la red, en el www.RIQI.org.

La información de su salud...
Cuando más se necesita



currentcare
50 Holden St., Suite 300
Providence, Rhode Island 02908
(888) 858-4815
info@currentcareri.com

Inscribirse hoy en:
www.currentcareri.com

Todas las pólizas relacionadas con **currentcare** están disponibles en línea en www.currentcareri.com.

currentcare conecta a sus médicos con la información más reciente de su salud para que pueda recibir el mejor cuidado posible.



MÁS SEGURO Inscribirse en **currentcare** ayudará a sus médicos a obtener su información más reciente inmediatamente para que puedan tratarlo con el mejor cuidado posible. Si alguna vez se encuentra en una crisis médica, los médicos del salón de emergencia podrán tener más acceso a la información de su salud rápidamente a través de **currentcare**.

MEJOR CUIDADO Puesto que usted ve a un número de médicos, obtiene diferentes recetas y se hace pruebas de laboratorio en diferentes localidades, es difícil coordinar todos los aspectos de su cuidado de salud. **currentcare** les permitirá a sus médicos ver más información sobre su salud en un sólo lugar, así que puedan darle el mejor cuidado posible.

GRATIS Inscribirse en **currentcare** es gratis y completamente voluntario. Usted decide si quiere participar y cuáles de sus médicos tienen acceso a ver su información de salud protegida.

Para más información,
llame al (888) 858-4815.

Para participar, simplemente rellene el formulario adjunto para darles permiso a sus médicos de tener acceso a su información de salud a través de **currentcare** cuando la necesiten.



Actualmente **currentcare** comparte los resultados de las pruebas de los laboratorios médicos. Más adelante, incluirá más información sobre su salud, como los medicamentos, rayos X e historial médico.

www.currentcareri.com



Favor de rellenar su información de paciente más abajo:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento: - - m m d d a ñ o

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal: Género: Masculino Femenino Otro

Número de Teléfono: - - Correo Electrónico:

Nombre Anterior:

Yo he recibido el folleto de CurrentCare, el cual explica como CurrentCare ayuda a hacer mi información de salud disponible a través de la red de computadora a hospitales, residencias de ancianos, médicos, laboratorios y otros proveedores de cuidado de salud participando en CurrentCare. Quiero que esta información sea comunicada para el mantenimiento de mi cuidado y tratamiento. Si yo tengo algunas preguntas, puedo llamar a la línea de información de CurrentCare: 1-888-858-4815 ó visitar el sitio en la red: www.currentcareri.com

Quiero inscribirme en CurrentCare. Entiendo que la información de salud está protegida por las leyes federales y regulaciones de privacidad y por las Leyes Generales de Rhode Island. Al firmar este formulario, yo autorizo a los proveedores de salud que me están tratando de proveer la información de mi salud a CurrentCare. También autorizo a CurrentCare de comunicar y proporcionar acceso a la información de mi salud a proveedores/organizaciones de cuidado de salud y a profesionales que me están tratando ó están involucrados en la coordinación de mi cuidado de salud, que están participando en CurrentCare y a quienes he autorizado en el dorso de este formulario.

Comprendo que al firmar este formulario de autorización, que permite la revelación y el acceso a toda la información de mi salud, incluyendo información relacionada con abuso o pruebas genéticas y enfermedades transmitidas sexualmente. Si la información de mi salud incluye cualquiera información de este tipo, específicamente yo autorizo la comunicación de tal información a CurrentCare y acceso a tal información a los proveedores de salud y a profesionales autorizados e incluidos en las liste en el dorso de este formulario.

Comprendo que proveedores/organizaciones de cuidado de salud y profesionales autorizados que reciben o tienen acceso a la información de mi salud por CurrentCare, de acuerdo con esta autorización, pueden revelar de nuevo esta información a proveedores/organizaciones de cuidado de salud que no están participando en CurrentCare y/o por razones no relacionadas con la coordinación de mi cuidado de salud y tratamiento si es permitido por la ley. Es posible que esta información de salud pueda ser revelada de nuevo a una persona o entidad que no es un proveedor de cuidado de salud cubierto por las leyes federales de privacidad, y por lo tanto, ya no está protegido por esas leyes (como por ejemplo una citación judicial.)

Libero a CurrentCare de toda responsabilidad que surja de la nueva revelación de la información sobre mi salud por otras personas.

Elijo voluntariamente inscribirme en CurrentCare y comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento rellenando y enviando a CurrentCare un formulario de Revocación de Autorización. Tal revocación, sin embargo, no afectara revelaciones hechas o el acceso a la información mientras que mi autorización haya estado en vigencia y no evitara en el futuro la nueva revelación de esta información por proveedores y profesionales de cuidado de salud que recibieron información de CurrentCare, según esta autorización anterior a mi revocación.

Comprendo que esta autorización caducará en caso de que CurrentCare, o su organización sucesora, deje de existir.

Si estoy inscribiendo mi hijo menor de edad en CurrentCare, comprendo y estoy de acuerdo que cuando mi hijo está entre 10 y 18 años de edad, CurrentCare no revelara VIH/Sida, las enfermedades transmisibles, el aborto, el abuso de sustancias o información sobre planificación familiar a mí. También comprendo y estoy de acuerdo que si mi hijo tiene entre 16 y 18 años de edad, o si mi hijo está casado y mi hijo consentido al tratamiento para atención de emergencia quirúrgico rutinario, CurrentCare no revelará tal información a mí.

Revelación autorizada y acceso a información de salud en una emergencia o en un evento no programado. Comprendo que al inscribirme en CurrentCare, siempre tendrán acceso a la información de mi salud en una emergencia ó en un evento no programado.

Firma del Paciente ó del Representante Autorizado Fecha

Deletrea Nombre del Representante Autorizado (Si es Aplicable)
Relación (Favor de seleccionar solamente una opción.)
 Padres Tutor legal Poder legal duradero

Deletrea Nombre de la Persona Autentifica Fecha

DEBE DE ELEGIR UNA OPCIÓN EN EL DORSO