

Please fill out and sign this form, then give it to an Amida Care representative or mail it to us at: Amida Care, 234 W. 35th St., New York, NY 10001.



### Authorization for Access to Patient Information Through a Health Information Exchange Organization

Patient Name	Date of Birth	Patient Identification Number
Patient Address		

I request that health information regarding my care and treatment be accessed as set forth on this form. I can choose whether or not to allow Amida Care to obtain access to my medical records through the health information exchange organization called Healthix and Bronx RHIO. If I give consent, my medical records from different places where I get health care can be accessed using a statewide computer network. Healthix and Bronx RHIO are not-for-profit organizations that shares information about people’s health electronically and meet the privacy and security standards of HIPAA and New York State Law. To learn more visit Healthix’s website at [www.healthix.org](http://www.healthix.org) or Bronx RHIO at [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org).

**The choice I make in this form will NOT affect my ability to get medical care. The choice I make in this form does NOT allow health insurers to have access to my information for the purpose of deciding whether to provide me with health insurance coverage or pay my medical bills.**

<p><b>My Consent Choice.</b> ONE box is checked to the left of my choice.          I can fill out this form now or in the future.          I can also change my decision at any time by completing a new form.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. I GIVE CONSENT</b> for Amida Care to access ALL of my electronic health information through Healthix and Bronx RHIO to provide health care.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. I DENY CONSENT</b> for Amida Care to access my electronic health information through Healthix and Bronx RHIO for any purpose.</p>

If I want to deny consent for all Provider Organizations and Health Plans participating in Healthix and/or Bronx RHIO to access my electronic health information I may do so by contacting them directly as follows: Healthix at their website, [www.healthix.org](http://www.healthix.org) or calling 877-695-4749; Bronx RHIO at their website, [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) or calling 718-708-6630.

My questions about this form have been answered and I have been provided a copy of this form.

Signature of Patient or Patient’s Legal Representative	Date
Print Name of Legal Representative (if applicable)	Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable)

Por favor, complete y firme el formulario, y entréguelo a un representante de Amida Care o envíelo a: Amida Care, 234 W. 35th St., New York, NY 10001



**Autorización para acceder a información sobre pacientes  
A través de una Organización de Intercambio de Información de Salud**

	Fecha de nacimiento:	Número de identificación de paciente
Dirección del paciente		

Solicito que se pueda acceder a información de salud respecto a mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario. Puedo decidir si permito o no a Amida Care el acceso a mis registros médicos a través de las organizaciones de intercambio de información de salud llamadas Healthix y Bronx RHIO. Si doy mi consentimiento, mis registros médicos de los diferentes lugares donde recibo atención de salud pueden ser accedidos usando una red de computadoras que abarca todo el estado. Healthix and Bronx RHIO son organizaciones sin fines de lucro que comparten información sobre la salud de las personas en forma electrónica y cumplen con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y la Ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio web de Healthix en [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o el de Bronx RHIO en [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org).

**La elección que tome en este formulario NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que tome en este formulario NO permite a las aseguradoras de salud acceder a mi información con el propósito de decidir si ofrecerme cobertura de seguro de salud o pagar mis facturas médicas.**

<p><b>Mi elección de consentimiento.</b> UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. DOY MI CONSENTIMIENTO</b> a Amida Care para acceder a TODA mi información de salud electrónica a través de Healthix y Bronx RHIO para proveer atención de salud.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. NIEGO MI CONSENTIMIENTO</b> a Amida Care para acceder a mi información de salud electrónica a través de Healthix y Bronx RHIO con cualquier fin.</p>

Si deseo negar el consentimiento a todas las Organizaciones Proveedoras y Planes de Salud que participan con Healthix y/o Bronx RHIO para acceder a mi información de salud pública, puedo hacerlo comunicándome con ellos en forma directa: Healthix en su sitio web, [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o llamando al 877-695-4749; Bronx RHIO en su sitio web, [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o llamando al 718-708-6630.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del mismo	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)