



El Centro de Corazón

Patient Authorization for Greater Houston Healthconnect

El Centro de Corazón participates in Healthconnect, a non-profit organization that provides a secured electronic network for Healthconnect participants, including doctors' offices, hospitals, labs, pharmacies, radiology centers and payers of health claims such as health insurers to share your protected health information. ("PHI") A list of current Healthconnect participants is available at www.ghhconnect.org. When you join Healthconnect, your doctors can electronically search all Healthconnect participants for your PHI and use it while treating you. Healthconnect does not change who gets to see your information—it allows your information to be shared in a new way. All Healthconnect participants must protect your privacy in accordance with state and federal laws.

Your treatment and eligibility for benefits will not be affected in any way should you choose not to join Healthconnect.

By signing this Authorization, you agree that Healthconnect and its current and future participants may use and disclose your protected health information electronically through Healthconnect **for the limited purposes of treatment, payment and health care operations**. You understand that Healthconnect may connect to other health information exchanges in Texas and across the country that also must protect your privacy in accordance with state and federal laws, and you authorize Healthconnect to share your information with those exchanges for the same limited purposes.

This authorization remains in effect unless and until you revoke it. You can revoke this authorization at any time by giving written notice to any healthcare provider who participates in Healthconnect. You understand that revoking this authorization does not impact PHI previously shared when your authorization was in effect.

Patient Name: _____

Signature of Authorized Person: _____ Date: _____

Name (if different from Patient): _____ Relationship to Patient: _____

Initial here if you do NOT want your providers to see your records through Healthconnect. _____



El Centro de Corazón

Autorización del paciente para Healthconnect en Greater Houston

El Centro de Corazón miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página www.ghhconnect.org contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando Ud. se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras Usted. está en tratamiento. Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Si Ud. decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Al firmar esta autorización, Ud. está de acuerdo con que Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Ud. también autoriza a Healthconnect para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados.

Esta autorización es válida hasta que Ud. la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Ud. entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

Nombre del paciente: _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre (si no es el paciente): _____ Parentesco con el paciente: _____

Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect.____