



Acknowledgement to Share Information with a Health Information Exchange

Amistad Community Health Center participates in Healthcare Access San Antonio (HASA), which is a nonprofit, community health information exchange that facilitates electronic exchange of patient information with physicians, hospitals, labs, pharmacies and other providers. HASA will also connect to other HIEs to allow information to be available to other providers when patients travel outside of our region. Sharing patient information with other providers through HASA helps Amistad Community Health Center save patient's time and make better treatment decisions with a more complete patient record. It will allow them to avoid duplicate tests and procedures and gain immediate access in emergencies to critical information like allergies, diagnosis, medications, and other important data. See HASA's brochure for more information about how HASA helps us promote patient health and protects patient information. Patients can also read more about HASA at www.hasatx.org.

I understand that Amistad Community Health shares patient information through HASA and have received a copy of HASA's brochure.

Patient Initials

Patients have the right to opt out of having their information shared through HASA by signing an Opt-Out Form. You may request an Opt Out form from Amistad Community Health Center staff and they will help you complete it. Amistad Community Health Center will not discriminate against you if you choose to sign an Opt Out form and Amistad Community Health Center does not require you to share information through HASA in order to receive medical treatment.

I understand that I have the right to opt out of having my patient information shared through HASA.

Patient Initials

HASA makes every effort to ensure that sensitive patient information, such as HIV/AIDS, mental health, and substance abuse treatment related information (sensitive information), is blocked from viewing. However, due to system limitations, Amistad Community Health Center and HASA are limited in blocking sensitive information at this time. By initialing this paragraph and signing this form, you are agreeing to share your sensitive information with other providers through HASA.

I agree to share my sensitive information with other providers through HASA.

Patient Initials

I AGREE to share all of my medical information through HASA.

I DO NOT AGREE to share all of my medical information through HASA.

Patient Name (print)

Date

Patient Signature

Amistad Community Health Center



Reconocimiento para compartir información con un intercambio de información de salud

Amistad Community Health Center participa en Healthcare Access San Antonio (HASA), que es un intercambio de información de salud comunitaria sin fines de lucro que facilita el intercambio electrónico de información del paciente con médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores. HASA también se conectará con otros HIE para permitir que la información esté disponible para otros proveedores cuando los pacientes viajan fuera de nuestra región. Compartir la información del paciente con otros proveedores a través de HASA ayuda a Amistad Community Health a ahorrar tiempo a los pacientes y tomar mejores decisiones de tratamiento con un registro más completo del paciente. Les permitirá evitar pruebas y procedimientos duplicados y obtener acceso inmediato en emergencias a información crítica como alergias, diagnósticos, medicamentos y otros datos importantes. Consulte el folleto de HASA para obtener más información sobre cómo HASA nos ayuda a promover la salud del paciente y protege la información del paciente. Los pacientes también pueden leer más sobre HASA en www.hasatx.org.

Entiendo que Amistad Community Health comparte la información del paciente a través de HASA y he recibido una copia del folleto de HASA.

Iniciales del paciente

Los pacientes tienen el derecho de optar por no compartir su información a través de HASA mediante la firma de un formulario de exclusión. Puede solicitar un formulario de exclusión del personal de Amistad Community Health Center y ellos lo ayudarán a completarla. Amistad Community Health Center no lo discriminará si usted elige firmar un formulario de exclusión y Amistad Community Health Center no requiere que comparta información a través de HASA para recibir tratamiento médico.

Yo entiendo que tengo el derecho de optar de no compartir y que obtengan mi información como paciente con HASA.

Iniciales del paciente

HASA hace todo lo posible para garantizar que la información confidencial del paciente, como el VIH/SIDA, la salud mental y la información relacionada con el tratamiento del abuso de sustancias (información confidencial), no pueda verse. Sin embargo, debido a las limitaciones del sistema, Amistad Community Health Center y HASA están limitados en el bloqueo de información confidencial en este momento. Al iniciar este párrafo y firmar este formulario, usted acepta compartir su información confidencial con otros proveedores a través de HASA.

Acepto compartir mi información confidencial con otros proveedores a través de HASA.

Iniciales del paciente

Estoy de acuerdo en compartir toda mi información médica con HASA.

No estoy de acuerdo en compartir toda mi información médica con HASA.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente