



INTERCAMBIO DE REGISTROS DE PACIENTES Y AUTORIZACIÓN DE HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Nombre de la paciente: Fecha de nacimiento:

El intercambio de registros de pacientes y las descargas del historial de medicamentos le permiten a MoZaic Care acceder a la información más actualizada para nuestros pacientes. El intercambio de registros ayuda a los proveedores a obtener una visión más integral de la atención de un paciente, al darles acceso a los registros de los centros de atención en todo el proceso. Las descargas del historial de medicamentos aumentan la calidad de la atención, mejoran la seguridad de la paciente para colaborar con la toma de decisiones clínicas y ayudan a detectar interacciones entre medicamentos y entre medicamentos y alergias.

Autorizo a MoZaic Care a acceder a mis registros externos e información del historial de medicamentos a través de su sistema electrónico de salud. Solo para residentes de California, entiendo que MoZaic Care también puede recibir información de salud segura a través de Manifest MedEx, una plataforma de intercambio de información de salud.

¿Pueden entidades externas acceder a los registros de MoZaic Care? Los proveedores de atención médica externos solo pueden acceder a su historial médico cuando lo estén tratando por una afección médica relacionada o brindándole servicios de atención médica relacionados, y utilicen sistemas de intercambio de información de salud (HIE) compatibles e interoperables. Si desea saber si sus registros de MoZaic Care se comparten con entidades externas, le recomendamos preguntar a sus proveedores qué sistema HIE o de historial médico electrónico utilizan, a qué información pueden acceder y si tiene la opción de no participar en el HIE, si está disponible.

Esta autorización es válida indefinidamente. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya compartido. Mi revocación debe presentarse por escrito, debe contar con mi firma y debe enviarse a MoZaic Care.

Firma de la paciente: Fecha:

Firma del testigo:

Si firma el padre, madre, tutor o representante legal:

Indique el vínculo con la paciente:

Nombre en letra de imprenta: