

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:  
787-426-2554

Fax:  
787-792-6299

E-Mail:  
[drjgiraldes@icloud.com](mailto:drjgiraldes@icloud.com)

Web:  
voicecenterpr.com

## CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIO ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD

Nombre del Paciente/Name

Fecha de Nacimiento/Date of Birth

### Direccion/Address

El Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico participa en la tecnologia de intercambio de informacion de salud electronica (HIE). El portal clinico es una plataforma de intercambio de informacion medica que permite a los proveedores realizar intercambio de informacion medical que permite a los proveedores realizar intercambio de data clinica de una manera segura la cual puede incluir resultados de laboratorios, notas de progreso o informes medicos, medicamentos.

El HIE permite que su informacion de salud este disponible para otros proveedores que participan de su cuidado Este formulario le da la opcion de dar su consentimiento para permitir que las personas autorizadas tengan acceso a su informacion medica electronica a traves del portal clinico o restringir el acceso a toda su informacion mediante HIE (except el acceso por personas debidamente autoirzadas, segun sea necesario para proporcionar informacion especifica como lo require la ley.)

The Voice and Swallowing Center of Puerto Rico participates in electronic health information exchange technology (HIE). This portal is a medical information exchange platform that allows providers to exchange medical information that allows providers to exchange clinical data in a secure manner which may include laboratory results, progress notes or medical reports, medicines.

The HIE allows your health information to be made available to other providers involved in your care. This form gives you the option to consent to allow authorized individuals to access your electronic medical information through the clinical portal or to restrict access. to all your information through HIE (except access by duly self-directed persons, as necessary to provide specific information as required by

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:  
787-426-2554

Fax:  
787-792-6299

E-Mail:  
[drIrgaldez@icloud.com](mailto:drIrgaldez@icloud.com)

Web:  
[voicecenterpr.com](http://voicecenterpr.com)

**By signing this form I certify the following:**

- I was offered literature with more information and details about the HIE as well as I can discuss with the Official Compliance Officer or Administration any concerns about how my information is protected.
- I can choose whether or not to grant my consent so that other providers can see or use my information through HIE.
- I know my health care will be affected if I do not give my consent.
- My consent will only end if the exchange ends or I revoke my consent in writing.
- If I sign the consent revocation form, my providers must stop viewing and using my medical records from other providers in the HIE. I can request the form in the office. I understand that the revocation is effective from the date of issue and that it does not apply to previously shared information

**Please check only one of the following options:**

**I GIVE MY CONSENT**

- So that all providers or in charge of my health care, now and in the future, use the exchange of information to see and use my medical record coming from other providers. This information may include laboratory results, progress notes, and medical and medication reports. They may use the medical record for payment and treatment purposes, or operations as permitted by HIPAA law and the laws of Puerto Rico.

**I DO NOT GIVE MY CONSENT**

**Al firmar este formulario certifico lo siguiente:**

- Se me ofrecio literatura con mas informacion y detalles sobre el HIE al igual que puedo dialogar con el oficial Oficial de Cumplimiento o la Adeministracion cualquier inquietud sobre como se protege mi informacion.
- Puedo elegir en otorgar o no otorgar mi consentimiento para que otros proveedores puedan ver o usar mi informacion a través de HIE.
- Se que se afectara mi cuidado de salud si no otorgo mi consentimiento.
- Mi consentimiento solo concluire si el intercambio termina o revoco mi consentimiento por escrito.
- Si firmo el formulario de revocacion de consentimiento, mis proveedores deben dejar de ver y usar mis records medicos de otros porveedores en el HIE. Puedo solicitar el formulario en la oficina. Entiendo que la revocacion se hace efectiva a partir de la fecha de emision y que no aplica a informacion previamente compartida

**Favor de marcar solo una de las siguientes opciones:**

**DOY MI CONSENTIMIENTO**

- Para que todos los proveedores o a cargo de mi cuidado de salud, ahora y en le futuro usen el intercambio de informacion para ver y usar mi expediente medico provenientes de otros proveedores. Esta informacion puede incluir resultados de laboratorios, notas de progreso, e informes medicosy medicamentos. Pueden utilizar el expediente medico para propositos de pago y tratamiento u operaciones segun permitido por la ley HIPAA y las leyes de Puerto Rico.

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



**Phone:**  
787-426-2554

**Fax:**  
787-792-6299

**E-Mail:**  
[drjgiraldez@icloud.com](mailto:drjgiraldez@icloud.com)

**Web:**  
voicecenterpr.com

---

Signature of Patient/Firma del Paciente

---

Date/Fecha