Nombre del paciente: _____
Dirección del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Consentimientos para pacientes de Denova

(Deben firmarse todos los años)

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN O TRATAMIENTO

Le damos la bienvenida a Denova Collaborative Health, LLC (Denova). Queremos ayudar a que se sienta mejor. Podemos ofrecerle distintos servicios, como acudir a un proveedor de atención primaria, hablar con un terapeuta u obtener ayuda de un psiquiatra.

Usted decide recibir tratamiento para un problema de salud física, mental o conductual por su cuenta. Al hacerlo, acepta que los profesionales de atención médica le realicen exámenes, le den tratamientos, coordinen su atención médica o le realicen las pruebas que consideren más adecuadas para usted. Estos proveedores pueden ser médicos, psiquiatras, enfermeros, asistentes médicos, psicólogos, consejeros, trabajadores sociales y terapeutas familiares. Es importante saber que, durante el tratamiento, pueden ocurrir cosas buenas y malas. La atención médica no es una ciencia exacta y usted reconoce que no se le ofrecieron garantías en cuanto al resultado de dichos exámenes, tratamientos o procedimientos de diagnóstico.

Usted entiende que, si el paciente es menor de 18 años, usted otorga el consentimiento para el tratamiento en nombre del menor. Si comparte la custodia del menor que recibe tratamiento, firmar este formulario significa que está diciendo que todos los que tienen la custodia conocen y están de acuerdo con el tratamiento, que han tenido la oportunidad de hacer preguntas y que todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente. Puede cambiar de opinión y revocar su consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

Al firmar este formulario, acepta que está aquí por voluntad propia y que comprende el tipo de ayuda que podemos ofrecerle.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En Denova, sabemos que es importante mantener su información segura. No compartiremos su información con nadie sin preguntarle antes. Utilizaremos su información para ayudarle a mejorar. Utilizaremos su información para cobrar por los servicios que prestamos. Además, usaremos sus datos para cumplir las normas que nos ayudan a gestionar nuestro consultorio médico. Su información de atención médica relacionada con la salud reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción, embarazo y tratamientos relacionados, está protegida por las leyes federales que rigen la privacidad. No divulgaremos dicha información sin haber obtenido su consentimiento expreso por escrito, salvo que la ley lo exija o en situaciones en las que sea necesario para prevenir daños. Puede encontrar nuestro Aviso de prácticas de privacidad más reciente en nuestro sitio web Patient-Rights-Responsibilities-8.2025-SPANISH.pdf. También puede solicitar una copia impresa para revisarla.

Al firmar este documento, acepta haber leído y comprendido las prácticas de privacidad de Denova.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELESALUD

La telesalud es una forma de atenderse con un proveedor sin tener que ir a su consultorio. Puede utilizar su computadora o teléfono para tener una videoconferencia con el proveedor.

Para usar el servicio de telesalud en Arizona, debe estar en Arizona en el momento de la cita. También, debe estar en un lugar silencioso donde pueda hablar y escuchar sin interrupciones.

Los proveedores de atención médica para la salud física y mental pueden ofrecer servicios de telesalud. Si usted recibe atención médica para la salud reproductiva por telesalud, sus derechos a la privacidad y confidencialidad se respetan de la misma manera que cuando se le brinda atención presencial. Nuestra plataforma cumple con las leyes federales y estatales que protegen la información médica de nuestros pacientes. No divulgaremos detalles sobre la atención que usted recibe para la salud reproductiva sin haber obtenido su consentimiento expreso por escrito, salvo que las leyes nos exijan hacerlo. Denova hará lo necesario para mantener la privacidad de su

información de atención médica.

El uso de la telesalud conlleva algunos riesgos. Por ejemplo, puede que el equipo no funcione bien o que la persona que le brinda ayuda tenga problemas para verle u oírle. En el caso de la terapia, si necesita conectarse solo por audio, el proveedor deberá confirmar su identidad verificando su nombre, fecha de nacimiento y dirección. También existe la posibilidad de que su

información médica privada no esté segura. En algunos casos, es posible que la persona que le brinda ayuda no tenga acceso a toda su historia clínica. Para evitar estos riesgos, puede decidir recibir nuestros servicios en persona en lugar de utilizar los servicios de telesalud.

Al firmar este documento, acepta haber leído y comprendido los posibles riesgos de utilizar los servicios de telesalud.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN PROFESIONAL Y LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Algunos de nuestros proveedores siguen formándose y trabajando para obtener sus licencias. Atienden a nuestros pacientes bajo la supervisión de un proveedor plenamente autorizado de conformidad con las leyes correspondientes. Esto se aplica a los siguientes:

- Pasantes de nivel de maestría
- Consejeros asociados licenciados (LAC)
- Trabajadores sociales de nivel de maestría (LMSW)
- Terapeutas matrimoniales y familiares asociados (LAMFT)

Nuestros proveedores que se están formando pueden compartir información sobre su tratamiento con sus supervisores.

La relación terapeuta-paciente, si bien es de apoyo e involucra información altamente personal y vulnerable, debe, por el bien del paciente, seguir siendo de naturaleza profesional. Esto se rige por la ética profesional y las normativas que su terapeuta debe respetar para garantizar que se brinde una atención adecuada y de calidad. Para preservar la naturaleza de esta relación profesional, su terapeuta no establecerá ningún tipo de contacto personal con usted, ya sea en persona, por teléfono, por medios electrónicos o de forma virtual. Si se encuentra con su terapeuta en público, no iniciará el contacto para proteger su privacidad. Si usted inicia el contacto, su terapeuta mantendrá una interacción breve para respetar su privacidad y la relación terapéutica. Además, para evitar conflictos de intereses, relaciones inapropiadas o comprometer la confidencialidad o privacidad, su terapeuta no asumirá roles o conexiones con usted más allá de la relación de terapeuta-paciente, ya que puede sesgar su capacidad para brindar una atención imparcial, clínica y éticamente apropiada.

Al firmar a continuación, usted acepta el tratamiento por parte de los proveedores que se están formando y la divulgación de información sobre su tratamiento a sus proveedores supervisores. Además, acepta mantener una relación terapéutica con su terapeuta.

DECLARACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

En ocasiones, este consultorio utilizará la función de inteligencia artificial (IA) integrada en nuestro sistema de registros médicos electrónicos, que registra las sesiones y facilita la documentación clínica de las consultas. Las grabaciones se borran automáticamente una vez completada la transcripción de la nota al término de la cita y nadie más que el proveedor almacena la información del paciente en la EHR. Los proveedores deben revisar la documentación para garantizar que sea precisa y pertinente. Se le proporcionará un consentimiento por separado en el que se describirá la función de IA y tendrá la opción de aceptar o rechazar el uso de esta función en su tratamiento y documentación.

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Un historial de medicamentos es una lista de todos los medicamentos que usted toma. Ayuda a su médico a garantizar que usted recibe el tratamiento adecuado y que no está tomando combinaciones de medicamentos

que podrían ser peligrosas.

Es importante que informe a su médico de todos los medicamentos que toma. Incluso los que se pueden comprar sin receta, como las vitaminas o los suplementos herbales. Es posible que no figuren en su historial de medicamentos. Al firmar este formulario, usted acepta que su proveedor de atención médica vea su historial de medicamentos y que pueda obtenerlo de otros proveedores de atención médica, de su compañía de seguros y de las farmacias.

CONSENTIMIENTO PARA COORDINAR LA ATENCIÓN CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Al darle información a su proveedor de atención primaria (PCP), usted autoriza la divulgación de su información médica a su proveedor para que coordine la atención médica.

POLÍTICA FINANCIERA

Denova comprueba cuáles son sus beneficios con su compañía de seguros. Sin embargo, la cotización que le dan no implica que su compañía de seguros la vaya a pagar. Usted debe pagar por los servicios que reciba, a menos que acuerde algo distinto con ellos de antemano. También debe pagar su deducible, copago o coseguro al inicio de cada consulta. Si debe más dinero después de la consulta, recibirá una factura. Si tiene crédito en su estado de cuenta, recibirá un reembolso. Aún si un proveedor de atención médica le remite a Denova, es posible que su compañía de seguros no cubra estos servicios. Usted es responsable de pagar todos los gastos.

Los exámenes de atención primaria para el bienestar son consultas exclusivamente preventivas. Si se abordan y evalúan otros problemas de salud durante la consulta, podría aplicarse un cargo aparte por la consulta (un copago).

Puede pagar con cheques, giros postales, tarjetas de débito o tarjetas de crédito. Los datos de las tarjetas de débito y crédito pueden guardarse para volver a usarse en su cuenta en el futuro. No efectuaremos ningún cargo en su tarjeta registrada sin su consentimiento. No puede pagar en efectivo ni con cheques personales. Antes de someterse al tratamiento, Denova le recomienda que consulte a su compañía de seguros para saber qué pagará. Usted puede rechazar cualquier procedimiento o tratamiento si lo desea.

A partir del 1 de enero de 2022, una ley llamada Ley de No Sorpresas (No Surprises Act, NSA) protege a las personas que no tienen seguro médico o que pagan de su bolsillo sus propias facturas médicas. Si decide no utilizar su seguro médico o no tiene previsto pagar con él su tratamiento de Denova, podemos darle una estimación del importe que podríamos cobrarle antes de que reciba el tratamiento.

Al firmar a continuación, acepta que conoce y entiende la forma en que Denova gestiona los pagos.

POLÍTICA DE INASISTENCIA Y CANCELACIÓN TARDÍA

Cuando recibe atención médica de Denova, se compromete a hacer todo lo posible por seguir su plan de tratamiento. Si no puede acudir a una cita, debe llamar a Denova al menos 24 horas antes de la cita. Cuando llame, puede decirnos que quiere cancelar su cita. Denova le cobrará un cargo si cancela su cita con menos de 24 horas de anticipación. Si cancela tres o más veces consecutivas sin avisar a Denova con anticipación, Denova puede decidir no seguir brindándole tratamiento.

Al firmar a continuación, usted acepta que entiende la política sobre faltar a las citas sin avisar antes a Denova.

CÓDIGO DE CONDUCTA DEL PACIENTE

Denova le tratará con amabilidad, respeto y dignidad. Le brindará ayuda para sentirse seguro y respaldado. Es importante que siga su plan de tratamiento para obtener los mejores resultados. Si no cumple las normas, Denova puede dejar de atenderle y sugerirle otros lugares donde recibir atención médica.

Al firmar este documento, usted acepta las siguientes reglas:

- Seguirá su plan de tratamiento.
- No se hará daño ni dañará a los demás.
- No levantará la voz ni utilizará palabras groseras para referirse a usted ni a los demás.
- No amenazará con hacer daño a nadie.
- No acudirá a sus citas después de haber consumido alcohol o drogas.

DERECHOS DEL PACIENTE

Cuando recibe atención de Denova, tiene la responsabilidad de participar en las decisiones sobre su atención. Denova quiere que participe en su tratamiento y que colabore para mejorar. Usted tiene derecho a acceder a servicios de atención integral para la salud reproductiva, por ejemplo, servicios de anticoncepción, atención relacionada con el embarazo y asesoramiento, entre otros. Nuestro centro médico cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables para garantizar que se respete su derecho a recibir atención médicamente necesaria para la salud reproductiva sin discriminación ni restricciones.

Estas son algunas de las cosas que puede hacer para participar en su propia atención médica:

- Haga preguntas sobre su enfermedad y su tratamiento.
- Hable con su profesional médico sobre los objetivos de su tratamiento.
- Asegúrese de que entiende su plan de tratamiento.
- Informe a su proveedor de atención médica sobre la atención que recibe.
- Participe activamente en su atención médica.

Puede consultar nuestra política de derechos y responsabilidades del paciente en nuestro sitio web: Patient-Rights-Responsibilities-8.2025-SPANISH.pdf . También puede solicitar que le enviemos una copia impresa para revisarla.

Al firmar este documento, acepta haber leído y comprendido sus derechos como paciente.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

Si tiene una emergencia durante su consulta con Denova, debe seguir estos pasos:

- Si se trata de una emergencia médica, puede llamar al 911 o su proveedor/clínico llamará al 911 por usted y se quedará con usted hasta que reciba ayuda.
- Si se trata de una emergencia de salud conductual, usted o su proveedor/clínico pueden llamar a la Línea Nacional de Crisis al 988 o a los servicios de crisis locales y su proveedor/clínico se quedará con usted hasta que reciba ayuda.
- Si necesita ayuda fuera del horario laboral habitual, puede llamar a nuestro equipo de atención fuera del horario laborable para consultas médicas no urgentes que puedan surgir por la noche, los fines de semana o los días festivos.

Es importante no enviar ninguna información sobre una emergencia médica o de salud conductual a través de mensaje de texto u otros canales que no sean seguros.

Al poner sus iniciales y firmar, demuestra que comprende los procedimientos de emergencia de Denova tal y como se le han explicado.

INFORMACIÓN DE CUESTIONES DE SALUD PÚBLICA

Podemos informar al Gobierno sobre su salud para ayudar en cuestiones de salud pública, como cuando las vacunas pueden causar problemas o cuando hay enfermedades contagiosas. Conforme a las leyes federales y estatales, podríamos vernos obligados a informar a las agencias de salud pública sobre ciertas afecciones de la salud reproductiva, como infecciones de transmisión sexual o complicaciones del embarazo. Sin embargo, únicamente divulgaremos la información necesaria para cumplir con las leyes y le avisaremos cuando eso suceda, salvo que las leyes nos prohíban avisarle.

Nombre del paciente: _____
Dirección del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Al firmar a continuación, acepta compartir sus registros con ASIIS. No es necesario firmar para recibir las vacunas.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CONTACTO POR TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Usted consiente y autoriza a Denova o a cualquiera de sus sistemas automatizados a llamarle o enviarle mensajes de texto, y a dejarle mensajes de voz, sobre cualquier servicio que obtenga de Denova. Los mensajes pueden ser sobre facturas, citas o información sobre su salud. Estos mensajes pueden no ser privados porque los mensajes de texto, los mensajes al buzón de voz y los correos electrónicos podrían interceptarse cuando se envían, enviarse accidentalmente a la persona equivocada o ser vistos por cualquiera que tenga acceso a su dispositivo.

Denova no cobra ninguna tarifa por enviar mensajes de voz o correos electrónicos, pero su compañía telefónica podría hacerlo. No es necesario que acepte recibir mensajes de texto, de voz o de correo electrónico. Si decide no aceptarlos, eso no afectará a la atención médica que reciba. Puede notificar a Denova si decide dejar de recibir mensajes: Para dejar de recibir mensajes de texto, puede enviar un mensaje de texto con la palabra "STOP" para cancelarlos en cualquier momento.

Con la firma de este formulario de consentimiento del paciente, usted confirma que ha leído y comprendido toda la información y que da su consentimiento de manera voluntaria.

Nombre del paciente en letra de imprenta	**Marque esta casilla si el paciente es menor de 18 años:**☐
Firma del paciente:	**Fecha** (MM/DD/AAAA)

Firma del padre, madre o representante legal	**Fecha** (MM/DD/AAAA)
Nombre en letra de imprenta del padre, madre o representante legal	
Relación, si no es el paciente ☐ Padre/madre ☐Padrastro/madrastra ☐Tutor(a) legal ☐Padre/madre de acogida ☐Sustituto para la toma de decisiones sobre la atención médica ☐Otra_____	

Nombre del paciente: _____
Dirección del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Aviso de prácticas de información de atención médica

Usted recibe este aviso porque su proveedor de atención médica participa en un intercambio de información de atención médica (Health Information Exchange, HIE) no gubernamental y sin fines de lucro llamado Health Current, una compañía de Contexture. Esto no tendrá ningún costo para usted y puede ayudar a su médico, proveedores de atención médica y planes de salud a coordinar mejor su atención al compartir de forma segura su información médica. Este aviso explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos relacionados con el HIE, de conformidad con las leyes estatales y federales.

¿Cómo le ayuda Health Current a obtener una mejor atención?
En un sistema de registros en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si permite que su información médica se comparta a través del HIE, sus médicos podrán acceder a ella electrónicamente de manera segura y oportuna.

¿Qué información médica está disponible a través de Health Current? Los siguientes tipos de información médica pueden estar disponibles:

- Registros del hospital
- Historial médico
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de las pruebas de laboratorio
- Informes de radiología
- Información sobre las visitas al médico y a la clínica
- Elegibilidad e inscripción en el plan de salud
- Otra información útil para su tratamiento

¿Quién puede ver su información médica a través de Health Current y en qué ocasiones se puede compartir? Las personas involucradas en su atención tendrán acceso a su información médica. Esto puede incluir a sus médicos, enfermeros, otros proveedores de atención médica, su plan de salud y cualquier organización o persona que trabaje en nombre de sus proveedores de atención médica y de su plan de salud. Estas personas pueden acceder a su información para brindar tratamiento, coordinación de la atención, administración de la atención o de casos, planificación de la transición de la atención, pago de su tratamiento, realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, desarrollo de pautas y protocolos clínicos, realización de actividades de seguridad del paciente y servicios de salud para la población. Los médicos forenses, las autoridades de salud pública, las organizaciones de obtención de órganos y otras entidades también pueden acceder a la información médica para determinados fines aprobados, como realizar investigaciones de defunción, investigaciones de salud pública y donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos, según lo permita la ley aplicable.

Health Current también puede usar su información médica según lo exija la ley y según sea necesario para brindar servicios a proveedores de atención médica, planes de salud y otras personas que participan con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current puede ampliar las razones por las que los proveedores de atención médica y otras personas pueden acceder a su información médica en el futuro, siempre que dicho acceso esté permitido por la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current en healthcurrent.org/permitted-use.

También puede permitir que otras personas accedan a su información médica mediante la firma de un formulario de

autorización. Solo podrán acceder a la información médica descrita en el formulario de autorización para los fines indicados en dicho formulario.

¿Health Current recibe información sobre salud conductual y, de ser así, quién puede acceder a ella?
Health Current recibe información de salud conductual, incluidos los registros de tratamiento por abuso de sustancias. La ley federal otorga una protección especial de confidencialidad a los registros de tratamiento por abuso de sustancias de algunos programas de tratamiento por abuso de sustancias. Health Current mantiene estos registros protegidos de tratamiento por abuso de sustancias separados del resto de su información médica. Health Current solo compartirá estos registros protegidos de tratamiento por abuso de sustancias que recibe de estos programas en dos casos. Uno: el personal médico puede acceder a esta información en caso de una emergencia médica. Dos: usted puede firmar un formulario de consentimiento para que su proveedor de atención médica u otras personas tengan acceso a esta información.

¿Cómo se protege su información médica?
Las leyes federales y estatales, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte mediante transmisión segura. Health Current cuenta con medidas de seguridad para evitar que personas no autorizadas tengan acceso a ella. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todo el acceso a su información.

Sus derechos en relación con el intercambio electrónico seguro de información Usted tiene derecho a lo siguiente:

1. Solicitar una copia de su información médica que está disponible a través de Health Current. Para hacer esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información médica y entréguelo a su proveedor de atención médica.

2. Solicitar que se corrija cualquier información contenida en el HIE. Si alguna información contenida en el HIE es incorrecta, puede solicitarle a su proveedor de atención médica que la corrija.

3. Solicitar una lista de las personas que han visto su información a través de Health Current. Para hacer esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información médica y entréguelo a su proveedor de atención médica. Infórmele a su proveedor de atención médica si cree que alguien ha visto su información que no debería haberlo hecho.

De conformidad con el Artículo 27, Sección 2 de la Constitución de Arizona y el Título 36, Sección 3802 de los Estatutos Revisados de Arizona, usted tiene derecho a que su información médica no se comparta electrónicamente a través de Health Current:

1. Salvo que las leyes estatales o federales dispongan lo contrario, usted puede "excluirse" de que su información se comparta a través de Health Current. Para excluirse, solicite a su proveedor de atención médica el Formulario de exclusión. Su información no estará disponible para compartir a través de Health Current dentro de los 30 días posteriores a la recepción del Formulario de exclusión voluntaria por parte de su proveedor de atención médica.
   Precaución: Si decide excluirse, su información médica NO estará disponible para sus proveedores de atención médica, ni siquiera en casos de emergencia.

2. Si se excluye hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando un Formulario de reincorporación y entregándoselo a su proveedor de atención médica.

3. Si no toma ninguna decisión hoy y permite que su información médica se comparta a través de Health Current, puede optar por excluirse en el futuro.

SI NO TOMA NINGUNA DECISIÓN, ES POSIBLE QUE SU INFORMACIÓN SE COMPARTA DE FORMA SEGURA A TRAVÉS DE HEALTH CURRENT.

Aviso de Prácticas de Información de Salud

Contexture es una organización sin fines de lucro que ayuda a médicos y equipos de atención a compartir información de salud de manera segura para mejorar la atención médica a través de un Intercambio de Información de Salud (HIE). Para obtener más información sobre Contexture y el HIE, visite contexture.org.

Este Aviso explica cómo se podría compartir su información de salud a través del HIE de Contexture y los derechos que usted tiene.

¿Qué información de salud se comparte?

A través del HIE se comparte su información médica. Esto incluye información que lo identifica relacionada con su salud, y que los proveedores de atención médica o los planes de salud recopilan, generan o reciben. Por ejemplo:

- Registros hospitalarios
- Historial médico
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Informes de radiología
- Información de consultas en clínicas y consultorios médicos
- Inscripción y elegibilidad en planes de salud
- Otra información útil para su tratamiento

¿Quién puede consultar su información médica y con qué finalidad?

Su información se puede compartir para los siguientes fines y con los siguientes tipos de personas:

- **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica:** Los médicos, planes de salud y sus socios de confianza, tales como organizaciones de atención responsable (ACO), redes clínicamente integradas (CIN) y grupos de mejora de la calidad, pueden acceder a su información para coordinar su atención, administrar beneficios, mejorar la calidad y apoyar la salud de la población.

- **Salud pública, médico forense y donación de órganos:** Las agencias de salud pública, los médicos forenses, los forenses y las organizaciones de obtención de órganos pueden acceder a su información para fines autorizados, tales como el seguimiento de enfermedades, las investigaciones de fallecimientos y la donación de órganos o tejidos, según lo permita la ley.

Contexture también podría compartir su información cuando lo exija o lo permita la ley, o con su autorización por escrito (por ejemplo, si usted autoriza a una compañía de seguros de vida

o por incapacidad a acceder a sus registros). Asimismo, podemos intercambiar información para los mismos fines descritos anteriormente a través de redes nacionales de confianza que cumplen normas estrictas de privacidad y seguridad.

Para obtener más detalles, consulte nuestra Política de Fines Permitidos del HIE en el Manual del Participante del HIE, disponible en nuestra página de recursos en: https://contexture.org.

¿Qué ocurre con la información médica confidencial?

Los participantes del HIE son responsables de compartir su información médica con Contexture únicamente cuando cuentan con autorización para hacerlo conforme a las leyes vigentes. Las políticas de Contexture limitan el intercambio de determinados registros confidenciales.

En el caso de los registros de trastornos por consumo de sustancias (TCS) protegidos por la ley federal (42 C.F.R. Parte 2), Contexture solo los comparte cuando se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- usted ha otorgado su consentimiento por escrito, o
- existe una emergencia médica, o
- la Parte 2 lo permite de otro modo.

Si no es posible separar los registros de TCS de otros datos, protegemos toda la información con los estándares de privacidad más estrictos.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica identificable individualmente en el HIE:

- **Exclusión voluntaria:** Usted puede optar por que su información no se comparta a través del HIE. (En situaciones limitadas, la ley puede exigir que su información se comparta). Para excluirse, solicite a su médico un Formulario de Exclusión.
    - Si se excluye, su información no se compartirá a través del HIE, ni siquiera en caso de emergencia, salvo que lo exija la ley. Puede volver a incluirse en cualquier momento.
    - **Si no realiza ninguna acción, su información se puede compartir de manera segura a través del HIE.**
    - **La Constitución estatal, en su Artículo XXVII, Sección 2, protege el derecho de los residentes de Arizona a excluirse.**

- **Solicitud de copia:** Puede solicitar a su médico o proveedor de atención médica una copia de la información médica que se comparte a través del HIE.
- **Solicitud de corrección:** Si detecta algún error, puede pedir a su médico o proveedor de atención médica que lo corrija y envíe la actualización al HIE.
- **Solicitud de registro de divulgaciones:** Puede pedir a su médico u proveedor de atención médica una lista de las personas que han consultado su información a través del HIE.