



MR No.

CONSENT FORM

With this form, you can allow Holyoke Medical Center (the Medical Center) staff to have access to your medical records through HMC HealthConnect. HMC HealthConnect is a secure computer network between the Medical Center and your doctors' and other health professionals' offices. This can help make your medical records available to Hospital personnel, even if your record is stored in your doctor's office. HMC HealthConnect helps us give you the best quality and most personalized care possible.

Please use this Consent Form to allow the Medical Center and its staff to obtain access to your electronic health records in this way. You can give consent or deny consent, and this form may be filled out now or at a later date. **Your choice will not affect your ability to get medical care or health insurance coverage.**

If you check the "I GIVE CONSENT" box below, you are saying "Yes, the Holyoke Medical Center staff involved in my care may view and have access to all my medical records through the secure HMC HealthConnect."

If you check the "I DENY CONSENT" box below, you are saying "No, the Holyoke Medical Center staff involved in my care may not have access to my medical records through HMC HealthConnect."

HMC HealthConnect is a secure electronic computer network owned and operated by Holyoke Medical Center. The secure network includes your medical records from the Medical Center and your doctors, and allows medical professionals involved in your care to have access to your health record to improve the quality of health care services provided to you and to facilitate public health reporting. This kind of sharing is called "ehealth" or "health information technology". Additional information about HMC HealthConnect is available on the HMC HealthConnect Information Sheet and online at www.holyokehealth.com.

Please carefully read the HMC HealthConnect Information before making your decision. You have two choices:

- I GIVE CONSENT** for Holyoke Medical Center staff involved in my care to securely access all of my electronic health information through HMC HealthConnect, including information related to treatment of drug/alcohol abuse, HIV/AIDS status, treatment, or testing; genetic disease or genetic tests; family planning/reproductive care; sexually transmitted diseases; abortion; communications with mental health providers; and mammography records, in order to provide me with health care services, including emergency care. By choosing to participate in HMC HealthConnect, I am allowing any of my treating healthcare professionals to quickly know what prescriptions I am on, whether I have a chronic illness, if I have allergies to a medication, what immunizations I have had and other important facts about my medical history, and I am allowing the disclosure of information to insurers and public health agencies to evaluate quality of care and facilitate public health reporting. I understand that being part of HMC HealthConnect will help to ensure the best possible care for me and my family.
- I deny consent for Holyoke Medical Center staff involved in my care to access my electronic health information through HMC HealthConnect.

Print Name of Patient

Date of Birth

Signature of Patient or Patient's Legal Representative

Date

Print Name of Legal Representative (if applicable)

Relationship of Legal Representative to Patient

**If you choose to take this form with you for consideration, it can be returned by mail to:
Health Information Management, Holyoke Medical Center, 575 Beech Street, Holyoke, MA 01040**



MR No.

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Con esta forma, usted puede permitirle al personal del Holyoke Medical Center (Centro Medico) ha tener acceso a sus expedientes médicos a través de HMC HealthConnect. El HealthConnect es una red segura de computadora entre del Centro Medico y sus doctores y otras oficinas de profesionales de salud. Este puede ayudar a tener sus expedientes médicos disponibles para el personal del Centro Medico, aún si su expediente esta guardado en la oficina de su doctor. El HMC HealthConnect nos ayuda a darle a usted la mejor calidad y los más personalizados cuidados posibles.

Favor de usar esta Forma de Consentimiento para permitirle al Centro Medico y a su personal a obtener acceso a sus expedientes de salud electrónicos de esta manera. Usted puede dar consentimiento o negarlo, y esta forma puede ser completada ahora o en otra ocasión más tarde. Su decisión de dar o negar su consentimiento no afecta su habilidad de recibir cuidado médico o de su cubierta de seguro de salud.

Si usted marca la caja de **“YO DOY MI CONSENTIMIENTO”** de abajo, usted esta diciendo “Sí, el personal del Holyoke Medical Center envuelto en mi cuidado puede ver y tener acceso a todos mis expedientes médicos a través del seguro HMC HealthConnect.”

Si usted marca la caja de **“YO NIEGO MI CONSENTIMIENTO”** de abajo, usted esta diciendo “No, el personal del Holyoke Medical Center envuelto en mi cuidado puede no tener acceso a mis expedientes médicos a través del HMC HealthConnect.”

El HMC HealthConnect es una red segura de computador electrónica propiedad y operada por el Holyoke Medical Center. La red segura incluye sus expedientes médicos del Centro Medico y de sus doctores, y permite a los profesionales médicos envueltos en su cuidado a tener acceso a su expediente de salud para mejorar la calidad de los servicios de cuidado de salud provistos a usted y para facilitar el reporte de salud pública. Este tipo de compartir es llamado en ingles “ehealth” o “tecnología de información de salud”. Información adicional acerca del HMC HealthConnect esta disponible en la pagina informativa del HMC HealthConnect y en-línea en www.holyokehealth.com.

Favor de leer cuidadosamente la información del HMC HealthConnect antes de tomar su decisión. Usted tiene dos selecciones:

- YO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que el personal del Holyoke Medical Center envuelto en mi cuidado tenga acceso seguro a todos mis expedientes de información de salud a través de HMC HealthConnect, incluyendo información relacionada a tratamiento de abuso a drogas/alcohol, estado, tratamiento, o prueba de VIH/SIDA ; enfermedad genéticas o pruebas genéticas; cuidado de planeo de familia/reproductivo; enfermedades sexualmente transmitidas; abortos; comunicaciones con proveedores de salud mental; y expedientes de mamografías, en orden de proveerme con servicios de cuidado de salud, incluyendo cuidado de emergencia. Al seleccionar el participar en el HMC HealthConnect, yo estoy permitiéndole a cualquiera de mis profesionales de cuidado de salud tratándome a rápidamente saber qué medicinas yo estoy tomando, si tengo una enfermedad crónica, si tengo alergias a una medicación, qué vacunas yo he recibido y otros importantes datos acerca de mi historia médica, y yo estoy permitiendo la divulgación de información a aseguradores y agencias de salud pública para evaluar la calidad de cuidado y facilitar el reporte de salud pública. Yo entiendo que el ser parte del HMC HealthConnect ayudará a asegurar el mejor cuidado posible para mi y mi familia.
- Yo niego mi consentimiento para que el personal del Holyoke Medical Center envuelto en mi cuidado tenga acceso a mi información de salud electrónica a través del HMC HealthConnect.

Nombre del Paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre del Representante Legal en letra de molde (si aplica)

Relación del Representante Legal al Paciente

Si usted escoge el tomar esta forma con usted para su consideración, ésta puede ser devuelta por correo a: Holyoke Medical Center, Health Information Management Department (Departamento de Manejo de Información de Salud), 575 Beech Street, Holyoke, MA 01040