

# WELLPORT

## Formulario de Consentimiento

1. Entiendo los riesgos y beneficios de tener mi información en Wellport. Sé que Wellport no reemplaza el hablar o visitar a mi médico u otro personal de salud.
2. Proporciono cualquier y toda mi información personal de salud (incluida la información que pueda considerar sensible) a todo personal de salud que me atienda para establecer mi resumen de salud clínico y resumen de salud personal. Esto incluye a médicos, enfermeras, profesionales de hospitales, hogares de ancianos y profesionales de salud a domicilio y otros profesionales cuando sea apropiado para mi atención.
3. Entiendo y acepto que mi resumen de salud personal no es mi historial médico oficial y que podría estar incompleto (podría no contener toda la información que el hospital o cada uno de mis médicos puedan guardar sobre la atención médica que he recibido) o inexacto (podría no contener la información más reciente o corregida sobre mí).
4. Entiendo y acepto que ni mi resumen de salud clínico ni mi resumen de salud personal no es un historial médico oficial. Mi médico y otros profesionales no necesitan saber el contenido de mis resúmenes de salud clínico y profesional. Pueden no tener acceso, al menos que “necesiten saber” cuando estén involucrados en mi atención médica.
5. Entiendo y acepto que si deseo recibir una copia o tener acceso a la información de mi historial médico oficial debo contactar a mi médico u otro profesional para ver cómo puedo solicitar esto.
6. Entiendo y acepto que soy responsable de mantener en secreto el nombre de usuario y la contraseña que se me entreguen para tener acceso a mi resumen de salud personal o para autorizar a mi representante autorizado designado a tener acceso a mi resumen de salud personal. Si pierdo mi nombre de usuario o mi contraseña o veo que alguien puede haber logrado acceder a mi resumen de salud personal y que no debía haberlo hecho, debo informar a Wellport inmediatamente.
7. Entiendo y acepto que ni Wellport ni ninguno de mis médicos ni otros profesionales serán responsables de ningún acceso no autorizado a mi información de salud, como consecuencia de no mantener en secreto mi nombre de usuario y mi contraseña.
8. Entiendo que no es necesario que tenga un resumen de salud clínico ni activar un resumen de salud personal. Los médicos y otros profesionales no pueden negar un tratamiento porque no comunico mi información de salud a Wellport.
9. Entiendo que tengo derecho a cambiar de opinión y dejar de compartir mi información de salud. Puedo “cancelar” o desactivar mis resúmenes de salud clínico y personal en cualquier momento al llenar el formulario “Request to Withdraw Permission for Sharing of Health Information” que está disponible en [www.wellporthealth.net](http://www.wellporthealth.net).

Wellport es un servicio propiedad de y operado por Whittier IPA, Inc. La transmisión de este documento a Whittier IPA confirma que la consulta médica, hospital u otra organización de salud que lo transmite ha tomado las precauciones razonables para verificar la identidad de la persona que firma.

# WELLPORT

## Formulario de Consentimiento

10. Estoy de acuerdo y acepto que ni Wellport ni ningún otro de mis médicos ni otros profesionales están obligados a preparar un resumen de salud personal para mi disponibilidad y si Wellport decide poner término a su tecnología de resumen de salud personal por cualquier motivo, entonces no tendré acceso a mi información personal de salud a través de un resumen de salud personal.
11. Entiendo que Wellport utilizará el Massachusetts Health Information Highway (Mass HIway) para compartir la información clínica y administrativa con los médicos apropiados en lugares más distantes. Alguna de esta información puede ser considerada sensible. Autorizo a compartir mi información clínica y administrativa con otros médicos y aseguradoras que estén involucrados apropiadamente en mi atención médica por el Massachusetts Health Information Highway o a través de otro método de comunicación codificado y seguro. Autorizo a Mass HIway a tener un listado de los médicos que me han atendido.
12. Por la presente acepto y confirmo que la información sobre los riesgos y beneficios de usar Wellport está disponible para mí en [www.wellporthhealth.net](http://www.wellporthhealth.net).
13. Entiendo que alguna información personal de salud proporcionada puede incluir lo siguiente:
- Resultados de test de VIH y otra información sobre las enfermedades de transmisión sexual
  - Resultados sobre exámenes genéticos
  - Preocupaciones sobre la salud reproductiva e historial de embarazos, incluidos abortos
  - Historial sobre consumo de alcohol y drogas
  - Información sobre diagnósticos o tratamientos de salud mental
  - Problemas sociales, familiares e interpersonales mencionados durante una consulta

---

Firma del Paciente (12 años y más)

---

Fecha de Firmas

---

Firma del Padre o Representante (para todos los pacientes bajo edad 18)

---

Relación con el  
Paciente

---

Por Favor Imprima Nombre del Paciente

---

Fecha de Nacimiento del Paciente

---

Correo\_Electronico del Paciente

Wellport es un servicio propiedad de y operado por Whittier IPA, Inc. La transmisión de este documento a Whittier IPA confirma que la consulta médica, hospital u otra organización de salud que lo transmite ha tomado las precauciones razonables para verificar la identidad de la persona que firma.

# WELLPORT

Formulario de Consentimiento

Wellport es un servicio propiedad de y operado por Whittier IPA, Inc. La transmisión de este documento a Whittier IPA confirma que la consulta médica, hospital u otra organización de salud que lo transmite ha tomado las precauciones razonables para verificar la identidad de la persona que firma.