



CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN ANÓNIMA

Las clínicas de atención urgente de Medicare (Medicare Urgent Care Clinics) son una iniciativa de salud pública financiada por el Gobierno de Australia y los gobiernos estatales y territoriales.

Esta clínica recopilará cierta información personal (sobre usted, su hijo/a u otra persona de la que sea responsable) cuando le brinden servicios médicos.

Información personal es aquella información que lo/a identifica, como su nombre y dirección. La clínica recopilará su nombre, edad, dirección, número de Medicare, si usted es o no una persona indígena, información sobre su salud y sobre los servicios que se le brindan (como el tipo de tratamiento brindado y la duración del tratamiento).

Información anónima es información sobre las personas, pero sin que se sepa la identidad de las mismas. Su identidad no puede ser descubierta.

Es muy importante que la comunidad averigüe si las Medicare Urgent Care Clinics están trabajando para brindar a los australianos acceso a servicios de salud oportunos y asequibles (especialmente fuera del horario laboral), y si esto ayuda a reducir la demanda en las salas de urgencia.

Si está de acuerdo, la clínica proporcionará **información anónima** sobre los servicios que usted reciba al Departamento de Salud y Cuidado de Personas Mayores del Gobierno de Australia. El sistema de registros de la clínica **eliminará su nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de Medicare** antes de enviar la información mediante un servicio seguro de recopilación de datos (proporcionado por una tercera parte contratada por el Departamento).

El Departamento mantendrá la información anónima separada del resto de la información de Medicare y solo la usará para:

- supervisar el impacto de la iniciativa y promover la mejora del servicio;
- preparar estadísticas e informes;
- influir en la elaboración y evaluación de políticas y programas gubernamentales;
- contribuir a la planificación del servicio; y
- emprender actividades de investigación y desarrollo.

El Departamento siempre acatará las leyes de privacidad pertinentes.

El Departamento también puede proporcionar información anónima a otros organismos, como los gobiernos estatales y territoriales, las redes de salud primaria y el Instituto Australiano de Salud y Bienestar (AIHW), para que puedan desempeñar sus importantes funciones en la planificación de los servicios de salud del lugar donde usted vive y en el análisis del funcionamiento del sistema de salud.

El AIHW y los gobiernos estatales y territoriales pueden combinar la información -anónima proporcionada con otros datos que posean, pero solo si así lo permiten las leyes de privacidad y otras leyes. Su información anónima puede combinarse con códigos únicos creados en la clínica. Estos códigos permiten combinar información sobre usted de diferentes fuentes de datos sin identificarlo/a individualmente. Estos organismos se asegurarán de que no se le pueda identificar individualmente en ningún resultado de investigaciones, informes, ni ningún otro resultado de su labor.

No tiene que aceptar compartir su información. Recibirá los servicios de la clínica aunque diga que no. Si cambia de opinión, puede decirle a la clínica que ya no desea -compartir su información anónima (pero no será posible eliminar el uso de ninguna información anónima que ya se haya compartido).

Para uso interno

Número de registro/referencia del paciente:



Puede encontrar **más detalles** sobre cómo se maneja la información como parte del programa de Medicare Urgent Care Clinics — incluyendo cómo realizar alguna consulta o presentar alguna queja relacionada con la privacidad — en el Aviso de Privacidad de UCC de Medicare, disponible en www.health.gov.au/our-work/medicare-urgent-care-clinics, o puede solicitar una copia a esta clínica.

Acuerdo

Acepto que se proporcione información anónima al Departamento para los fines establecidos en este formulario.

No acepto que se proporcione información anónima al Departamento para los fines establecidos en este formulario.

Nombre del paciente

*Nombre del padre/madre o tutor
(si corresponde)*

Firma del paciente/padre o madre/tutor

Fecha: _____