



Formulario de Exclusión del Paciente de Intercambio de Información de Salud

Este formulario debe ser utilizado por pacientes que **no** deseen participar en un intercambio de información de salud (HIE).

El intercambio de información de salud, o HIE, es una forma de compartir su información de salud entre los consultorios médicos participantes, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica a través de servicios medios electrónicos seguros. El propósito es que cada uno de sus proveedores participantes pueda tener el beneficio de la información más reciente disponible de sus otros proveedores participantes al cuidar de usted. El intercambio de información de salud ayuda a sus proveedores participantes a compartir información de manera oportuna para lograr una mayor eficacia en coordinar su atención. Cuando usted opta por no participar en el HIE, los médicos y enfermeras no podrán buscar su información de salud a través del HIE para usarlo mientras lo trata. En su lugar, sus proveedores continuarán compartiendo información a través de métodos previamente establecidos, como teléfono, fax, correo u otras comunicaciones electrónicas.

Después de considerar mi opción de participar en el Intercambio de Información de Salud, he decidido optar por no participar y NO PARTICIPAR en el HIE. Al optar por no participar, entiendo y acepto lo siguiente:

1. Optar por no participar en el HIE puede retrasar el acceso a información médica importante.
2. Mi información de salud no será compartida entre los proveedores de salud a través de la HIE. Por lo tanto, mis proveedores continuarán compartiendo mi información a través de métodos previamente establecidos, como teléfono, fax, correo u otras comunicaciones electrónicas.
3. Cualquier información que sea compartida antes de someter este Formulario de Exclusión de HIE puede permanecer con proveedores quienes hayan accedido a la información antes de que esta exclusión voluntaria entrara en vigor.
4. Mi selección de exclusión de HIE permanecerá en vigor a menos que complete un Formulario de Exclusión de Intercambio de información de Salud.
5. Esta solicitud puede tardar hasta 3-5 días de trabajo para tomar efecto.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Si este formulario está firmado por alguien que no sea la persona mencionada anteriormente, la persona que firma el formulario certifica que está actuando como (Marque uno):

Padre Tutor legal Otro (Especificar relación) _____ por el paciente nombrado anteriormente.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____