



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)

El intercambio de información médica (HIE) permite que sus datos médicos estén disponibles, y que los médicos y los miembros de su equipo médico los consulten electrónicamente. El HIE está diseñado para ofrecer un acceso rápido a los registros médicos para que el tratamiento sea más eficaz y eficiente. Cualquier proveedor de atención médica autorizado y su equipo médico que acepte participar en el HIE puede acceder electrónicamente y usar su información médica protegida, si es necesario, para proporcionarle tratamiento.

Información del paciente		
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre o sobrenombre anterior	Fecha de nacimiento	Teléfono principal
Dirección	Ciudad	Estado Código postal

Yo o mi representante legalmente autorizado hemos analizado si permitir que mi información se vea en los HIE en los que participa el Departamento de Salud (Department of Health, DOH) y hemos decidido ***excluirme y NO permitir que la información se vea en los HIE en los que participa el DOH.*** La decisión de completar el formulario no tendrá ningún efecto sobre los beneficios a los que de otro modo podría tener derecho; sin embargo, no podrá participar en el HIE.

Al optar por no participar en los HIE, por la presente, reconozco y acepto lo siguiente:

- » Esta revocación solo aplica al intercambio de información médica mediante el HIE. Los proveedores de atención médica aún pueden acceder a mi información médica mediante otros métodos, como fax, teléfono o correo.
- » Excluyéndome de no participar en el HIE, mis proveedores de atención médica fuera del DOH NO podrán buscar mis registros del DOH mediante el HIE mientras me ofrecen tratamiento.
- » Mi decisión de exclusión del HIE permanecerá vigente hasta que yo se lo informe al DOH y firme un Formulario de solicitud de revocación de la exclusión del HIE.
- » Esta solicitud de exclusión del HIE puede tardar hasta siete (7) días hábiles para entrar en vigor.
- » Cualquier información que se comparta antes de enviar este formulario de exclusión del HIE puede permanecer con los proveedores que accedieron a esta antes de que dicha exclusión entrara en vigor.

Si una persona que no sea la que se nombra arriba firma este formulario, la persona que lo firma certifica que actúa como (marque uno) _____ padre/madre, _____ tutor o _____ poder de atención médica de la persona arriba mencionada.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____