



# Formulario de Exclusión del Intercambio de Información de Salud para Pacientes

Este formulario debe ser usado por los pacientes que no desean participar en el Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, HIE) regional.

Un Intercambio de Información de Salud (HIE) es una forma de compartir su información de salud entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención de la salud participantes a través de medios electrónicos seguros. El objeto de esto es que cada uno de sus proveedores de cuidados participante, cuando lo estén atendiendo, pueda tener el beneficio de la información más reciente disponible de parte de sus otros proveedores de cuidados participantes. Si usted se excluye de participar en el HIE, los doctores y enfermeras no podrán hacer búsquedas sobre su información de salud a través del HIE para usar cuando le presten tratamiento. Su médico u otros proveedores tratantes aun podrán seleccionar el HIE como un medio para recibir sus resultados de laboratorio, informes de radiología, y otros datos enviados directamente a ellos que en el pasado pudieran haber recibido por fax, correo u otras comunicaciones electrónicas. Además, los informes de salud pública, de acuerdo con leyes tales como las de reportar enfermedades infecciosas a funcionarios de salud pública, todavía ocurrirán por medio del HIE luego de que usted decida excluirse.

Para excluirse del HIE, sólo es necesario completar este formulario de exclusión una vez; no es necesario completarlo para cada proveedor de atención de la salud. Si no vive en el Distrito de Columbia o en Maryland pero aun recibe atención en esas regiones, deberá completar este formulario de exclusión. Si desea revertir su decisión, puede elegir incluirse nuevamente en cualquier momento llamando a CRISP al 1.877.952.7477.

Usted tiene varias opciones para excluirse del Intercambio de Información de Salud de CRISP.

Se le agradece seleccionar una de las opciones a continuación.

1. Visite el sitio web de CRISP en <http://www.crisphealth.org>
2. Llame al 1.877.952.7477
3. Envíe su formulario completamente llenado por fax al 443.817.9587
4. Envíe su formulario completamente llenado por correo dirigido a CRISP, 7160 Columbia Gateway Drive, Suite 230, Columbia, MD 21046

## Información para el Paciente que se Excluye (escriba claramente)

Primer Nombre\*

Segundo Nombre

Apellido\*

Línea de Dirección 1\*

Línea de Dirección 2

Ciudad\*

Estado\*

Código Postal\*

Número de Teléfono Principal\*

Número de Teléfono Secundario

Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento\*

Sexo (M/F)\*

Me gustaría ser notificado de mi elección de participación de la siguiente forma (la información de contacto debe estar en el formulario):  Email  Llamada telefónica  Carta  Texto  Sin notificación

\* Obligatorio

Optar por dejar de compartir la información generada cuando vea los médicos en su oficina.

Optar por dejar de compartir información generada cuando vaya al hospital.

Motivos para Excluirse (opcional):

Si este formulario es firmado por alguien más que no sea la persona arriba nombrada, la persona que firma el formulario certifica por medio del presente que él/ella está actuando en capacidad de: (MARQUE UNO)  Padre  Tutor Legal  Otro (Especifique la Relación) \_\_\_\_\_ de la persona arriba nombrada.

## Información de contacto del individuo que completa este formulario en caso de no ser el paciente (escriba claramente)\*

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Información del paciente (escriba claramente)\*

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_