

**Capital Health**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Segundo nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido del paciente \_\_\_\_\_  
Dirección Línea 1 \_\_\_\_\_  
Dirección Línea 2 \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono principal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono secundario \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Sexo (M/F) \_\_\_\_\_

**Opción de exclusión del paciente  
de los Intercambios de  
información médica (HIE)**

Por la presente, reconozco y acepto lo siguiente:

- 1. DESEO que se me EXCLUYA de los Intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) en uso en Capital Health, incluidos, entre otros, CommonWell y el Trenton Health Information Exchange. Entiendo que, al hacer esta selección, ninguno de mis proveedores de atención médica podrá acceder a mi información médica a través de los HIE mencionados anteriormente, aún en casos de emergencia médica.
- 2. ENTIENDO que los proveedores que originalmente generaron información relacionada a mi salud seguirán teniendo acceso a mi información, pero solo en el expediente médico creado para tal fin, o mediante la obtención del mismo a través de métodos previamente establecidos.
- 3. ENTIENDO que esta Opción de exclusión de HIE NO permitirá que los HIE mencionados anteriormente pongan mi información médica a disposición de otros HIE vinculados, aún en casos de una emergencia médica.
- 4. ENTIENDO que esta Opción de exclusión de HIE NO cubre ni efectúa mi exclusión a cualquier otro HIE. ENTIENDO que, si deseo optar por no participar en otro HIE, soy responsable de comunicarme con el proveedor correspondiente sobre cómo puedo hacerlo.
- 5. Mi selección de exclusión voluntaria de HIE permanecerá vigente a menos que la cambie por escrito.
- 6. ENTIENDO que una vez que esta Opción de exclusión de HIE entre en vigencia, puedo cambiar de opinión solo enviando un formulario de Cancelación de exclusión previa de los HIE.
- 7. He tenido la oportunidad de que respondieran a todas mis preguntas con respecto a esta exclusión y a otras.
- 8. Toda información que se divulgara antes de enviar esta Opción de exclusión de HIE no se podrá retirar y permanecerá en poder de mi proveedor, quien puede haber accedido a dicha información antes de que esta Opción de exclusión entrara en vigencia.
- 9. Se harán todos los esfuerzos posibles para procesar esta solicitud dentro de los diez (10) días hábiles.

**Si este formulario está firmado por alguien que no sea la persona mencionada arriba, la persona que firma el formulario por este medio certifica que está actuando como:**

(MARCAR UNO)\_Padre/madre\_\_Tutor legal  
\_\_\_\_\_Otro (especificar relación) \_\_\_\_\_de la persona mencionada arriba.

**Información de contacto de la persona que completa este formulario, si no es paciente (letra imprenta clara)**

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Información del paciente (letra imprenta clara)**

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Para uso interno\*\*\*\*\*

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Procesado por (nombre): \_\_\_\_\_

Si cambia de idea, puede optar por volver a participar en cualquier momento llamando al departamento Health Information Management, al 1-609-303-4085.

**Envíe por correo su formulario completo a:**

Capital Health  
One Capital Way  
Pennington, NJ 08534  
Attn: Health Information Management

**O envíe por fax su formulario completo a:**

1-609-303-4093