

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