



Solicitud de exclusión voluntaria de intercambio de información de salud

MR#:	*Nombre del paciente: (por favor escriba en letra de imprenta)	*Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	*Facilidad:

Cada miembro de la familia que desee optar por no participar debe completar un formulario por separado. Complete todos los campos obligatorios para un procesamiento preciso. **Por favor, imprima de forma legible con un bolígrafo negro.**

El intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) es el intercambio electrónico de información de salud entre organizaciones. SacValley MedShare (SVMS) opera una red de HIE entre las regiones de SVMS y participa en varias redes de HIE con otros proveedores de atención médica fuera de SVMS y puede compartir su información de salud electrónicamente con otras organizaciones, como departamentos de salud pública, planes de salud, proveedores de atención médica y otros participantes. El intercambio electrónico de información es una forma más rápida de compartir su información de salud con los proveedores de atención médica que lo atienden. Por ejemplo, si va a la sala de emergencias de un hospital que participa en la misma red de HIE que SVMS, los médicos de la sala de emergencias podrán acceder a su información de salud de SVMS para ayudar a tomar decisiones de tratamiento por usted. Los participantes de HIE, como SVMS, deben cumplir con las reglas que protegen la privacidad y la seguridad de su salud e información personal.

Si no desea que su información de salud se comparta a través de una red HIE, complete este formulario y devuélvalo a la dirección que aparece a continuación. Al completar este formulario, usted solicita que SVMS no comparta su información de salud electrónicamente a través del Intercambio de Información de Salud con otras regiones u organizaciones externas. En este momento, si decide optar por no intercambiar su información, no se compartirá ninguna información suya a través de una red SVMS HIE, incluso en caso de emergencia. En otras palabras, optar por no participar es un concepto de "todo o nada". Una solicitud para optar por no participar en un HIE entrará en vigencia aproximadamente cinco (5) días hábiles después de su recepción por parte de SVMS. No se aplicará a ninguna información enviada a través del HIE o intercambiada con otros participantes en una red HIE antes de esa fecha. Usted es libre de volver a participar en cualquier momento completando un Formulario de revocación de exclusión voluntaria que se puede obtener de los Servicios de membresía o descargar de <http://sacvalleyms.org>.

Los campos marcados con (*) son campos obligatorios para completar el procesamiento de exclusión.



Solicitud de exclusión voluntaria de intercambio de información de salud

MR#:	*Nombre del paciente: (por favor escriba en letra de imprenta)	*Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	*Facilidad:

Por favor, escriba en letra de imprenta legible. Número de Seguro Social:

*Nombre	*Apellido	*Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa

Dirección postal

Dirección de la calle	Ciudad	Estado	Cremallera

Número de teléfono	Número de historia clínica

*Sexo: Masculino Femenino Otro (marque una sola casilla)

Firma (Requerida): _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre del Representante Autorizado _____ Relación con el Paciente _____

Envíe el formulario completo a:

SacValley MedShare, 2485 Notre Dame Blvd. Suite 370-20 Chico, CA 95928

Los campos marcados con (*) son campos obligatorios para completar el procesamiento de exclusión.