

NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este formulario solo debe ser utilizado por los pacientes que no deseen participar en el intercambio de información médica participate in Health Information Exchanges

Full Patient Name (print): _____ **DOB:** _____
Nombre completo del paciente (en letra de molde) Fecha de nacimiento

Street Address / Dirección postal: _____
City / Ciudad: _____ **State / Estado:** _____ **Zip / Código postal:** _____

Northside participa en uno o varios intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés). Un HIE está designado para permitir que la información médica del paciente pueda intercambiarse entre los médicos participantes del HIE, y esto con el fin de poder coordinar mejor las necesidades médicas. Su participación en el HIE es opcional y puede solicitar la exclusión voluntaria completando este formulario. Si opta por excluirse del HIE, esta decisión afectará a la información de la cual dispongan sus médicos cuando le atiendan. Por lo tanto, su información médica se compartirá en los HIE, a menos que usted opte por no participar.

Aunque Northside tome, en todo lo posible, medidas razonables para limitar que la información médica delicada (como la de salud mental, abuso de drogas, VIH/sida, información genética y salud reproductiva) pueda incluirse en la información compartida en los HIE, la información sobre estas enfermedades puede aparecer en otra información médica que Northside comparte con los HIE. Al participar de los HIE, usted entiende que cierta información delicada se podría divulgar. Si le preocupa que este tipo de información sea compartida en los HIE, puede optar por no compartirla.

Al completar este formulario, ha optado por no participar en todos los HIE elegidos por Northside, incluidos todos los centros y consultorios médicos afiliados pertenecientes o administrados por Northside. Al optar por la exclusión voluntaria, reconoce y acepta lo siguiente:

- Entiende que, al optar por la exclusión voluntaria, la información médica de Northside después de optar por la exclusión voluntaria no estará disponible para otros participantes a través de HIE a partir de la fecha en que su solicitud de exclusión surta efecto.
- La exclusión de los HIE podrá afectar a la información que disponen sus médicos cuando le brinden atención.
- Su información médica de Northside creada después de la exclusión podrá no estar visible por medio de los HIE, pero seguirá a disposición de los profesionales que le atienden a través de métodos previamente establecidos, como por teléfono, fax, mensajes seguros o correo postal.
- Las solicitudes de exclusión voluntaria pueden tardar varios días en procesarse y no tendrán efecto alguno sobre la información intercambiada con otros HIE antes de esa fecha.
- Entiende que en cualquier momento puede volver a participar de los HIE enviando un formulario de Revocación de la Exclusión Voluntaria de Intercambios de la Información Médica, disponible en www.northside.com/hie.

Al firmar a continuación, usted entiende y reconoce que desea una exclusión voluntaria de la participación de los HIE de acuerdo a los términos de este documento. Si firma en nombre del paciente, firma en calidad de representante y confirma que tiene autoridad legal para aceptar estas condiciones en nombre del paciente y compromete al paciente a cumplirlas.

Only complete if patient unable to sign / Si el paciente no sabe escribir, complete lo siguiente:

Signature of Patient or Legally Authorized Representative
Firma del paciente o su representante legal

Relationship to Patient
Relación o parentesco con el patient

Printed Name
Nombre en letra de imprenta

Reason Patient Unable to
Motivo por el cual el paciente no puede firmar

Date / Fecha

Envíe el formulario completado por uno de los siguientes medios: dirección postal, por correo electrónico o por fax:
Northside Hospital, Attn: Health Information Services - Internal Support, 1000 Johnson Ferry Road Atlanta, GA 30342

Correo electrónico: HISinternalsupport@northside.com

Fax: 404-851-8102

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía este formulario por correo electrónico, entiende que la información enviada por este medio puede no ser un método de transmisión seguro y acepta el riesgo que conlleva.