



## Formulario de exclusión del paciente del Intercambio de Información de Salud

Este formulario está destinado a pacientes que no desean participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés).

El Intercambio de Información de Salud, o HIE, es una forma de compartir su información de salud con consultorios de médicos, hospitales, coordinadores de atención de salud, laboratorios, centros de radiología, planes de salud y otros proveedores de atención médica participantes por medio de formatos electrónicos seguros. El objetivo es que cada uno de sus proveedores de atención médica pueda aprovechar la información más reciente disponible de los otros proveedores participantes al momento de atenderlo. Si decide no participar en el HIE, los médicos y las enfermeras no podrán buscar su información de salud en el HIE para usarla durante su tratamiento. No obstante, su médico y demás proveedores de tratamiento podrán elegir el HIE como medio para recibir los resultados de laboratorio, informes de radiología y otros datos que les envíen directamente en lugar de recibirlos por fax, correo electrónico u otros medios de comunicación electrónicos, como lo hacían anteriormente. Además, conforme a la ley, los informes de salud pública, como los de enfermedades infecciosas que se presentan ante funcionarios de salud pública, se seguirán enviando mediante el HIE aunque decida excluirse. La información sobre Sustancias Peligrosas Controladas (CDS, por sus siglas en inglés), como parte del Programa de Supervisión de Sustancias Controladas (CSMP, por sus siglas en inglés) de Virginia del Oeste, seguirá disponible para los proveedores mediante el HIE. Si elige optar por no participar en la investigación, su información estará disponible para sus proveedores de atención médica, pero estará excluida de cualquiera de los datos creados para investigadores.

Este formulario de exclusión solo tiene que ser completado una vez para que sea eliminado del HIE; no es necesario que lo complete para cada proveedor. Si desea revertir su decisión, puede volver a elegir que lo incluyan en cualquier momento si llama a la Red de Información de Salud de Virginia del Oeste (WVHIN, por sus siglas en inglés) al 1.844.468.5755.

Tiene varias opciones para excluirse del Intercambio de Información de Salud de la WVHIN. A continuación, elija una.

1. Visite el sitio web de la WVHIN en <http://www.wvhin.org> (envíe su solicitud en línea con formato electrónico y evite el uso de papel)
2. Llame al 1.844.468.5755
3. Envíe el formulario completo por correo electrónico a [wvhinsupport@crisphealth.org](mailto:wvhinsupport@crisphealth.org)
4. Envíe el formulario completo por fax al 443.817.9587
5. Envíe el formulario completo por correo postal a WVHIN, 7160 Columbia Gateway Drive, Suite 230, Columbia, MD 21046

### Información del paciente que desea excluirse (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA clara)

Nombre*	Segundo nombre	Apellido*
<hr/>		
Dirección, línea 1*		
<hr/>		
Dirección, línea 2		
<hr/>		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
<hr/>		
Número de teléfono principal*	Número de teléfono secundario	
<hr/>		
Correo electrónico	Fecha de nacimiento*	Sexo (M/F/Otro)*
<hr/>		

Me gustaría que me notifiquen de mi decisión sobre la participación de la siguiente manera (deben incluirse los datos de contacto en el formulario):

- Correo electrónico  Llamada telefónica  Carta  Mensaje de texto  No me notifiquen

#### Seleccione uno:

**Optar por no compartir todo** - Opte por no compartir su información por medio del intercambio de información de salud, incluso para el uso de investigaciones. Sus datos no estarán disponibles en una emergencia o para ninguno de los proveedores de atención médica.

**Optar por no participar en los estudios de investigación** - Continúe compartiendo su información por medio del intercambio de información de salud, pero evite que CRISP permita que los investigadores aprobados reciban los datos que incluyen su información de salud personal.

Motivo de la exclusión (opcional): \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Authorized Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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 (Especificar): \_\_\_\_\_

Información de contacto para el individuo que completa este formulario se trata de alguien que no sea e paciente:

Nombre	Número de teléfono
*REQUIRED	