



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.

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
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 (escribir en LETRA DE IMPRENTA clara)

Nombre*	Segundo nombre	Apellido*
Dirección 1*		
Dirección 2		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Número de teléfono principal*	Número de teléfono alternativo	
Correo electrónico	Fecha de nacimiento*	Sexo (M/F)*

*Campos obligatorios

Deseo que me notifiquen sobre mi opción de participación de la siguiente manera (la información de contacto debe estar incluida en el formulario): Correo electrónico Llamado telefónico Carta Mensaje de texto No notificar

Exclusión del programa para compartir información generada cuando consulta a médicos en su consultorio.

Exclusión del programa para compartir información generada cuando asiste a un hospital.

Motivo de la exclusión (opcional) _____

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

En caso de que otra persona que no sea la arriba mencionada firme este formulario, la persona que firma el formulario certifica por la presente que lo hace en carácter de: (MARCAR UNA OPCIÓN) Padre Tutor Otro (especificar relación) _____ de la persona mencionada previamente.

Información de contacto de la persona que completa este formulario si no fuera el paciente (en letra de imprenta clara)*

Nombre en letra de imprenta

Número de teléfono