



3607B

CONSENTIMIENTO DE NO-PARTICIPACIÓN EN LA RED ELECTRÓNICA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Información del Paciente

Nombre completo del Paciente: _____ MRN: _____

Nombres anteriores _____ Fecha de nacimiento: (mes/día/año) _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Loma Linda University Health, Loma Linda University, Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University Children's Hospital, Loma Linda University Health System, y Loma Linda University Medical Center - Murrieta (LLUH) se esmeran por brindar la excelencia en el cuidado de la salud. Como parte de este esfuerzo, LLUH participa actualmente en un intercambio de información médica centralizado entre los proveedores participantes, y lo hace por medio de un programa seguro dentro de la Red Electrónica. Esta Red les permite a los proveedores de salud como médicos, hospitales y otros proveedores compartir y tener acceso a información médica importante que necesiten para tomar decisiones informadas sobre su atención médica, sobre todo en caso de emergencia.

El participar en el programa de la Red Electrónica es algo voluntario. Usted puede, a discreción propia, "optar por no-participar", lo que quiere decir que no desea poner su información médica al alcance de los proveedores que le atienden fuera de LLUH; para lo cual tiene que llenar este formulario y enviarlo a LLUH.

Tenga en cuenta, que si usted "opta por no-participar" en dicho programa, esto ocasionará que los proveedores participantes que le atienden fuera de LLUH no tengan acceso a su información médica, ni siquiera durante una emergencia. Los métodos que normalmente se usan para intercambiar información entre LLUH y sus proveedores de salud seguirán estando disponibles; y los médicos que soliciten pruebas y análisis de laboratorio seguirán recibiendo los resultados de dichas pruebas por las consultas en las que su nombre figura como el médico solicitante o en las que deba ser notificado.

Su decisión de participar o no, o de salirse del programa de la Red Electrónica no afectará su atención médica en curso ni la relación con sus médicos, y no implicará ninguna sanción o pérdida de beneficios a los que de cualquier manera tenga derecho.

Al llenar y firmar este formulario, usted está indicando que no desea revelar su información médica en la Red Electrónica (Intercambio de Información Médica).



Loma Linda University Health
Loma Linda University
Loma Linda University Medical Center
Loma Linda University Children's Hospital
Loma Linda University Health System
Loma Linda University Medical Center - Murrieta

HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE)
"ELECTRONIC NETWORK"
OPT-OUT REQUEST FORM

White - Chart Yellow - Patient

PATIENT IDENTIFICATION

1. No deseo participar en la Red Electrónica. Entiendo que al hacer esta elección, mi información médica no se pondrá al alcance de ninguno de los proveedores participantes en la Red Electrónica que me atienden fuera de LLUH, ni siquiera en caso de emergencia.
2. Entiendo que el no-participar en la Red Electrónica no afectará el intercambio de mi información médica dentro de las instituciones de LLUH mencionadas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. El no-participar en este programa solamente limitará el acceso a mi información médica a través de este programa, a los proveedores de salud no-afiliados a *Loma Linda University Health*.
3. Entiendo que el no-participar en la Red Electrónica solamente corresponde al intercambio de información médica a través de este programa. Entiendo que los proveedores de salud no-afiliados a LLUH pueden solicitar y recibir mi información médica usando otros métodos permitidos por la ley, según sea necesario, con fines de tratamiento.
4. Entiendo que el no-participar en la Red Electrónica se mantendrá vigente, a menos que yo anule por escrito mi decisión, y para eso tengo que llenar el Formulario de Anulación del Consentimiento.
5. Entiendo que la información médica obtenida por mi proveedor médico fuera de LLUH antes de haber presentado esta solicitud, ya no se podrá recobrar.
6. Entiendo que mi elección de no-participar en la Red Electrónica podría tomar hasta 2 (dos) días hábiles para ser procesada.

Con su firma, usted indica que ha leído, entiende y está de acuerdo con cada una de las afirmaciones anteriores.

Firma del Paciente/Representate Autorizado

Fecha en que firma

Nombre en imprenta

Si este formulario lo firma otra persona que no sea el paciente, dicha persona certifica por medio de la presente que está actuando como el representatne del paciente (indique el parentesco):

___ Padre ___ Tutor Legal ___ Otro (especifique) _____

Para más información sobre cómo 'participar' o 'no-participar' en este programa puede llamar al (909) 651-4191
ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO AL FAX (909) 651-4180



Loma Linda University Health
Loma Linda University
Loma Linda University Medical Center
Loma Linda University Children's Hospital
Loma Linda University Health System
Loma Linda University Medical Center - Murrieta

**HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE)
"ELECTRONIC NETWORK"
OPT-OUT REQUEST FORM**

White - Chart Yellow - Patient

PATIENT IDENTIFICATION