



3607B

SOLICITUD DE “NO PARTICIPACIÓN” EN LA RED ELECTRÓNICA
PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Información del Paciente

Nombre completo del paciente: _____

Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Las entidades médicas participantes del programa de la red electrónica *CareConnect* (*CareConnect Partners**) se esmeran por brindar excelencia en el cuidado de la salud. Como parte de este esfuerzo, todos ellos participan en un intercambio de información médica centralizado entre los proveedores participantes, y lo hacen por medio de un programa seguro dentro de la Red Electrónica. Esta Red les permite a los proveedores de salud participantes como médicos, hospitales y demás proveedores compartir y tener acceso a información médica importante que necesiten para tomar decisiones informadas sobre su atención médica, sobre todo en caso de una emergencia.

Su participación en el programa de la Red Electrónica es algo voluntario. Usted puede, según su criterio, “optar por no participar”, lo que quiere decir que no desea poner su información de salud al alcance de los proveedores que le atienden fuera de *CareConnect* a través de dicho programa. Para hacerlo, debe llenar este formulario y enviarlo al departamento de registros médicos (*Health Information Management*). Tenga en cuenta, que si “opta por no participar” en dicho programa, los proveedores participantes que le atienden fuera de la red *CareConnect* no podrán tener acceso a su información médica a través del programa de la Red Electrónica, ni siquiera en caso de emergencia. Los métodos normales de intercambio de información entre las entidades afiliadas a *CareConnect* y sus proveedores médicos seguirán estando disponibles. Los médicos que soliciten pruebas y análisis de laboratorio seguirán recibiendo los resultados de las pruebas en las que figura como el médico solicitante o en las que fue incluido.

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 otro modo tenga derecho.

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

CareCONNECT
HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE)
“ELECTRONIC NETWORK”
OPT-OUT REQUEST FORM

SPANISH

White - Chart Yellow - Patient

Page 1 of 2

PATIENT IDENTIFICATION

1. No deseo participar en el programa de la Red Electrónica. Entiendo que al hacer esta elección, los proveedores médicos que me atienden fuera de *CareConnect* no podrán tener acceso a mi información de salud a través del programa de la Red Electrónica, ni siquiera en caso de una emergencia médica.
2. Entiendo que la solicitud de no participación en la Red Electrónica no afectará el intercambio de información médica dentro las entidades participantes del programa *CareConnect*. El que no participe en este programa solamente limita el acceso a mi información médica a través de este programa a los proveedores médicos no afiliados a *CareConnect*.
3. Entiendo que la solicitud de no participación en la Red Electrónica solamente corresponde al intercambio de información médica a través de este programa. Entiendo que los proveedores no afiliados a *CareConnect* pueden solicitar y recibir mi información médica usando otros métodos permitidos por ley, según sea necesario para mi tratamiento.
4. Entiendo que la solicitud de no participación 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 de esta Solicitud.
5. Entiendo que la información médica obtenida por el proveedor médico que me atiende fuera de la red *CareConnect* antes de haber presentado esta solicitud, ya no se podrá recobrar.
6. Entiendo que mi elección de no participar en el programa de la Red Electrónica podría tomar 2 (dos) días 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 / Representante autorizado

Fecha/Hora

Nombre en imprenta

Si este formulario lo firma otra persona que no es el paciente, dicha persona certifica por medio de la presente que está actuando como el representante del paciente (marque una casilla):

Padre/Madre Tutor Legal Otro (especifique) _____

Para más información acerca del programa, para no participar, o para participar llame al (909) 651-4191

Envíe el formulario completo al fax (909) 651-4180

Una lista de las entidades afiliadas a la red *CareConnect* está disponible

en: <http://careconnectpartners.lluh.org>

CareCONNECT

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

SPANISH

White - Chart Yellow - Patient

Page 2 of 2

PATIENT IDENTIFICATION