



CRISP

Connecting Providers with Technology
to Improve Patient Care Across the Region

Formulario de exclusión del paciente del Intercambio de Información de Salud

Este formulario es para los pacientes que no desean participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE) regional.

El Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) es una manera de compartir su información de salud entre consultorios médicos, hospitales, coordinadores de la atención, laboratorios, centros de radiología y otros prestadores de servicios de salud participantes, por medios electrónicos seguros. El propósito es que, al momento de atenderlo, cada uno de los prestadores de servicios de salud participantes pueda beneficiarse del acceso a la información más reciente que tengan disponible los demás prestadores de servicios participantes. Cuando usted opta por no participar en el HIE, sus médicos y enfermeros no podrán buscar ni usar información médica suya a través de este sistema para tratarlo. Su médico u otros prestadores de servicios de salud aún podrán seleccionar el HIE como una manera de recibir directamente sus resultados de laboratorio, informes de radiología y otros datos que puedan haber recibido antes por fax, correo u otro medio de comunicación electrónica. Además, conforme a la ley, la notificación de incidentes de salud pública, tales como informar a las autoridades de salud pública sobre enfermedades infecciosas, seguirá realizándose a través del HIE después de que usted opte por no participar. Como parte del Programa de Control de Medicamentos de Venta con Receta de Maryland, la información sobre sustancias controladas peligrosas (CDS, por sus siglas en inglés) seguirá estando disponible para los prestadores de servicios autorizados a través del HIE.

Por favor, tenga en cuenta que optar por no participar no excluye a ninguna organización participante que haya recibido o accedido a la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a través del HIE antes de que usted optara por no participar, y que la ha incorporado a sus archivos, de retener dicha información en sus expedientes.

Este formulario sólo hay que llenarlo una vez para optar por no participar en el HIE; no es necesario llenar uno para cada prestador de servicios. Si no vive en el Distrito de Columbia ni en Maryland, pero continúa recibiendo atención en la región, deberá llenar este formulario para optar por no participar. Si desea revocar su decisión, puede optar por participar de nuevo en cualquier momento llamando al CRISP al 1-877-952-7477.

Hay varias maneras para excluirse del Intercambio de Información de Salud del CRISP; por favor, seleccione una a continuación.

1. Visite el sitio web del CRISP en <http://www.crisphealth.org>
2. Llame al 1-877-952-7477
3. Envíe su formulario completo por fax al 443-817-9587
4. Envíe su formulario completo por correo a: CRISP, 7160 Columbia Gateway Drive, Suite 100, Columbia, MD 21046

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

Nombre*

Segundo nombre

Apellido*

Dirección, línea 1*

Dirección, línea 2

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Número de teléfono principal*

Número de teléfono secundario

Correo electrónico

Fecha de nacimiento*

Sexo (M/F)*

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

* Obligatorio ____ No compartir la información creada cuando consulta a médicos en su consultorio.

____ No compartir la información creada cuando asiste a un hospital.

Motivo de la exclusión (opcional): _____

Si este formulario lo firma alguien que no sea la persona antes nombrada, quien firma el formulario hace constar por el presente que él o ella actúa como (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN): ____ el padre o la madre ____ el tutor legal ____ otro (especifique la relación) _____ de la persona antes nombrada.

*Datos de contacto de la persona que llena este formulario, si es distinta del paciente (en letra de imprenta clara) **

Nombre en letra de imprenta _____

Número de teléfono _____

*Datos del paciente (en letra de imprenta clara) **

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

Versión: enero de 2016