

St Christopher's Pediatric Associates participan en un intercambio de información de salud (HIE). Un HIE permite que los proveedores de atención médica accedan y compartan de forma segura la información médica de un paciente de manera electrónica en todas las organizaciones de atención médica. Los beneficios de un HIE incluyen el intercambio de información que permite una atención oportuna y eficiente y centrada en el paciente y proporciona una visión más completa de la salud de un paciente.

Mi firma a continuación indica que he decidido por no optar compartir mi información de salud protegida a través del HIE y he leído, entiendo y acepto las siguientes declaraciones:

- Entiendo que al optar por no participar en el HIE, mi información médica no estará disponible para ninguno de los proveedores de atención médica a través del HIE incluso en casos de emergencia médica.
- Entiendo que mi decisión de optar por no participar en el HIE no afecta el intercambio de mi información médica entre St Christopher's Pediatric Associates. La exclusión voluntaria del HIE solo limita la capacidad de mis proveedores de atención médica para acceder a mi información médica a través del HIE.
- Entiendo que elegir no participar no afecta mi capacidad para recibir atención médica.
- Entiendo que mi proveedor de atención médica puede solicitar y recibir mi información médica la solicitar que se les envíe mi expediente médico (expediente) por fax o por correo de los EE.UU.
- Entiendo que mi opción de optar no participar en el HIE permanecerá vigente hasta que cambie mi elección por escrito o complete el formulario OPT-IN de la Red de registros médicos electrónicos (Intercambio de Información de Salud).
- Entiendo que cualquier información médica compartida con mi (s) proveedor (es) de atención médica antes de enviar este formulario de exclusión voluntaria no se puede retirar y permanecerá con mi (s) proveedor (es) de atención médica que pueden haber recibido mis registros médicos antes de que esta opción de exclusión se llevara a cabo.
- Entiendo que mi decisión de no optar por el HIE puede tardar hasta cinco días hábiles en procesarse.

Información del Paciente

Nombre del Paciente (Primer Nombre, Segundo, Apellido): _____

Nombre anterior(es): _____

MRN: _____ Fecha de Nacimiento (d/m/a): _____

Dirección de Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Contacto: _____

Género: Eligió no revelar Mujer Hombre Otro
 Transgénero Femenino/Hombre-a-Mujer Transgénero Masculino/Mujer-a-Hombre

Firma del Paciente

Fecha

Hora

Nombre impreso del Paciente

Firma del Agente/Representante Autorizado

Fecha

Hora

Relación con el Paciente