Formulario de exclusión de intercambios de información sobre la salud

Nombre del Paciente: fecha de nacimiento:

Un intercambio de información sobre la salud (HIE) permite que los prestadores de salud, incluidas las instalaciones propiedad de Tift Regional Health System, Inc. (Instalaciones de TRHS), compartan y reciban información sobre los pacientes, lo cual ayuda en la coordinación de la atención médica del paciente. Las Instalaciones de TRHS participan en los HIE, lo cual permite que la información de salud del Paciente se comparta por vía electrónica con otros proveedores, planes de salud y centros de intercambio de información sobre servicios médicos.

A través de su participación en los HIE, las Instalaciones de TRHS hacen que la información del paciente esté disponible electrónicamente para otros participantes del HIE (proveedores, planes de salud y centros de intercambio de información sobre servicios médicos) reciben información de otros participantes del HIE.

La participación es voluntaria. La participación en los HIE es voluntaria y no afectará la capacidad del paciente de recibir atención médica.

Al optar por la exclusión de participar en los HIE, reconozco u acepto lo siguiente:

1. Mi información de salid se seguirá enviando al HIE, pero no podrán verla otros participantes del HIE.
2. El HIE bloqueará el acceso a otros participantes del HIE a mi información de salud, incluso para el tratamiento de emergencias.
3. El acceso a mi información de salud estará bloqueado dentro de los cinco (5) días hábiles después de que las Instalaciones de TRHS reciban este aviso de exclusión.
4. Toda la información compartida antes de que las Instalaciones de TRHS reciban este Formulario de exclusión del HIE permanecerá con los proveedores que tuvieron acceso a dicha información antes de la recepción de este formulario.
5. Comprendo que puedo revocar esta solicitud de exclusión en cualquier momento y puedo hacerlo al completar y enviar un Formulario de inclusión de HIE.

Si este formulario está firmado por otra persona que la mencionada anteriormente, la persona que firma el formulario por el presente certifica que está actuando por la persona nombrada anterior como: (marcar una opción)

\_\_\_ Padre o madre \_\_\_ Tutor legal   
\_\_\_ Otro (especifique relación) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal Fecha Hora