

Formulario de exclusión

Este formulario debe ser utilizado por pacientes que **no** deseen participar en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange - HIE)

El Intercambio de Información Médica de Missouri Health Connection (MHC HIE) le permite permitir que su información de salud sea compartida por grupos médicos participantes, hospitales, laboratorios, otros proveedores de atención médica, planes de salud y otros receptores autorizados a través de medios electrónicos seguros. El propósito del MHC HIE es darles a sus proveedores de atención médica, plan de salud y otros destinatarios autorizados la capacidad de acceder de manera eficiente a la información médica necesaria para su tratamiento, pago por su atención y otros propósitos legales.

Su participación en el HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho a optar por no participar (opt-out). Su recepción del tratamiento o la cobertura del plan de salud no estará condicionada a si elige ejercer o no este derecho.

A menos que usted opte por no participar (opt-out), cualquier proveedor autorizado, plan de salud u otra entidad que participe en el MHC HIE, o sea miembro de un intercambio de información de salud que esté conectado al MHC HIE, puede acceder y compartir electrónicamente su información de salud a través del MHC HIE, como se establece a continuación.

- La información de salud que se compartirá a través del MHC HIE incluirá información de salud de antes y después de la fecha de hoy y puede incluir información relacionada con el tratamiento que usted recibió de cualquier proveedor que esté conectado, directa o indirectamente, con el MHC HIE, incluyendo proveedores fuera del estado.
- La información de salud que se compartirá a través del MHC HIE incluye información sobre sus diagnósticos, resultados de pruebas (como rayos X o laboratorio) y medicamentos que se le han recetado. Dicha información también puede incluir información de salud que puede ser considerada particularmente sensible a usted, incluyendo: Información sobre salud mental; información sobre el VIH/SIDA y resultados de las pruebas; información genética y resultados de las pruebas; tratamiento y resultados de las pruebas de enfermedades de transmisión sexual e información sobre planificación familiar.
- La información de salud que se pone a disposición del MHC HIE puede ser utilizada por los participantes del MHC HIE para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros propósitos autorizados.

Al firmar este formulario, RECONOZCO y ACEPTO lo siguiente:

1. Solicito que no se comparta ninguna de mi información de salud a través del MHC HIE. Esto incluirá en situaciones de atención de emergencia.

2. Entiendo que incluso si firmo este formulario, mi información de salud aún puede ser divulgada por mi proveedor a MHC MIE, pero MHC HIE no permitirá que dicha información de salud sea vista.

3. Esta solicitud de exclusión voluntaria solo se aplica al intercambio de información médica a través de MHC HIE, y mis proveedores de atención médica pueden tener acceso a mi información médica utilizando otros métodos, como por fax, teléfono, correo electrónico o correo.

4. Puedo optar por volver al MHC HIE en cualquier momento para que mi información de salud pueda compartirse a través del MHC HIE. Para optar de nuevo (opt back) por el MHC HIE, debo enviar un **“Formulario de revocación de exclusión voluntaria” (“Revocation of Opt-Out Form”)** completado a la dirección proporcionada en la parte inferior de ese formulario.

5. Entiendo que cualquier información que se compartió a través del MHC HIE antes de la fecha en que se procesa este formulario puede permanecer con los participantes que accedieron previamente a dicha información.

6. Puede tomar entre **2 y 5 días hábiles después de la recepción** para procesar este formulario de exclusión (Opt-out form) y para evitar el intercambio de mi información de salud a través del MHC HIE.

Nombre del paciente: Apellido *	Nombre*	Inicial Segundo nombre
Nombre o apodos anteriores:	Fecha de nacimiento del paciente:*	Número telefónico principal: * () -
Dirección postal: *	Ciudad:*	Estado: * Zip:*

*información requerida

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha de firma

Si es menor de 18 años, firma del padre o tutor

Nombre del representante legal *

Relación con el paciente*

Número de teléfono

*

Esta área debe ser completada por un Notario público

El instrumento anterior fue reconocido ante mí, Notario Público, el

_____ (fecha) por

_____ (nombre del paciente),

conocido por mí como la persona cuyo nombre está suscrito en el instrumento interno y reconoció que ejecutó el

Firma del notario: _____ **Estado:** _____ **Condado:** _____