



Información de exclusión (Opt-Out) del Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte

*Este formulario es para ser utilizado por pacientes que **no desean** participar en el intercambio de información de salud a nivel estatal de Carolina del norte, o si un paciente desea anular una decisión anterior de exclusión (opt-out). Por favor lea la siguiente información cuidadosamente antes de enviar su formulario de exclusión (opt-out).*

¿Qué es NC HIE?

Un intercambio de información de salud, o HIE, es una forma de compartir su información de salud entre consultorios médicos participantes, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica a través de medios electrónicos, seguros. El propósito es que cada uno de sus proveedores participantes pueda tener el beneficio de la más reciente información disponible cuando tengan que cuidar de usted.

¿Qué hay en mi expediente de paciente de NC HIE?

El registro del paciente de NC HIE incluirá sus medicamentos, vacunas, alergias, resultados de las pruebas y resumen de sus problemas de salud anteriores y actuales. No incluirá notas de psicoterapia u otra información que requiera su autorización para ser expedida bajo la ley federal. Tener acceso oportuno a un registro más completo y preciso de salud ayudara a sus proveedores a trabajar juntos más fácilmente, tomar mejores decisiones sobre su atención, eliminar las formas redundantes y reducir errores, especialmente en caso de emergencia.

¿Quien puede ver mis archivos?

Sólo los médicos que le estén tratando a usted y el personal asociado que han recibido derechos a la red de HIE, pueden acceder sus registros. Por ejemplo, si uno de sus proveedores de salud participa en NC HIE, él o ella pueden acceder la información que sus otros proveedores participantes de NC HIE tienen.

¿Cómo se protege mi información de salud?

NC HIE toma todas las precauciones para mantener sus registros privado y seguro. Directrices federales y de Carolina del Norte regulan cómo nuestra información de salud puede ser intercambiada, vista o usada. No se venderá la información que le identifique y tampoco será puesta a disposición para otros fines. Sólo aquellos que se preocupan por usted serán capaces de ver su información de salud y sólo cuando sea necesario para proporcionar o coordinar su atención médica, hacer remisiones, presentar informes de salud pública obligatoria (por ejemplo, historial de vacunación), o para proporcionar beneficios de cuidado de salud para usted. NC HIE sabe cuando su registro es visto, por quién y lo qué fue visto.

¿Que puede hacer NC HIE por mí?

Si ve a varios médicos que participan en NC HIE, ellos pueden ver una imagen más completa de su salud y hacer más decisiones informadas sobre tratamientos. El objetivo es para que usted reciba atención médica coordinada más eficientemente. Su información de salud está disponible sin demora a proveedores de salud participantes cuando y donde lo necesiten.

No deseo participar ¿cómo puedo ser excluido?

Su información de salud será visible a sus proveedores a través de HIE NC a menos que usted opte no participar o excluirse usando este formulario o llamando a NC HIE al 1-855-926-1042. Su elección de no participar en el intercambio de información de salud no afectará su capacidad para tener acceso a atención médica. Exclusión voluntaria no impedirá a sus proveedores compartir su información médica con las entidades autorizadas cuando sea necesario para la salud pública o propósitos de investigación autorizada o requerida por ley federal y de NC. En casos de emergencia médica, su médico puede solicitar para ver su expediente médico para diagnosticar o tratar su condición y NC HIE hará que sus registros estén disponibles bajo tales circunstancias y auditará estas solicitudes. Para más información acerca de la excepción de exclusión en emergencias, por favor visite www.nchie.org. El formulario de exclusión tomara aproximadamente dos días para ser procesado.

Formulario de exclusión (Opt-Out) del Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte

Llene esta solicitud y envíe por correo a NC Health Information Exchange a la siguiente dirección:

NC Health Information Exchange

Attn: Opt Out

2300 Rexwoods Drive, Suite 390

Raleigh, NC 27607

Seleccione una de las siguientes opciones:

Exclusión Parcial – HIE NC no puede compartir información de salud mantenida por el proveedor de salud o la organización nombrada a continuación. Entiendo que toda información médica mantenida por dicho proveedor u organización no será parte de mi expediente de salud en la red de intercambio de información de salud de NC HIE. En casos de emergencia médica, mi doctor o proveedor puede solicitar para ver mi expediente de salud con la intención de diagnosticar o tratar mi emergencia.

Exclusión Completa – HIE NC no puede compartir mi información de salud.

** Tenga en cuenta que NC HIE está sujeta a leyes HIPAA y NC relativas a la divulgación de cierta información de salud, como informes de amenazas a la salud pública. En casos de emergencia médica, un médico podrá solicitar ver la información de salud para diagnosticar o tratar a un paciente.*

Anular la Exclusión

Solicito terminar mi decisión anterior exclusión (opt-out). Al completar y firmar este formulario, estoy permitiendo que mi información de salud sea accesible a mis proveedores de atención médica a través de NC HIE, como lo es permitido o requerido por la ley de NC o Federal.

Es obligatorio llenar todos los campos en orden para NC HIE procesar su pedido de 'opt-out'.

| | | |
|--------|----------|----------------------------|
| Nombre | Apellido | Inicial del segundo nombre |
|--------|----------|----------------------------|

| | | |
|-----------|--|--|
| Dirección | | |
|-----------|--|--|

| | | |
|--------|--------|---------------------|
| Ciudad | Estado | Código Postal (Zip) |
|--------|--------|---------------------|

| | | |
|--------------------------|----------------|-------------------------|
| Fecha nacimiento (m/d/y) | Genero (M o F) | Número de Seguro Social |
|--------------------------|----------------|-------------------------|

| | |
|--|---------------|
| Firma del paciente o Representante Legal * | Fecha (m/d/y) |
|--|---------------|

** Al firmar como representante legal, yo estoy certificando que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del paciente*