



INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA – INFORMACIÓN SOBRE EXCLUSIÓN/INCLUSIÓN DE PACIENTES

Este formulario debe ser utilizado por pacientes que no deseen participar en el Intercambio de Información Médica (HIE, por sus siglas en inglés) nacional y regional de Barton Health, o si una paciente o un paciente desea revocar una decisión previa de exclusión. Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información antes de entregar su formulario.

¿Qué es el Intercambio de Información Médica (HIE)?

El Intercambio de Información Médica, o HIE, es un sistema que permite compartir su información médica entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes, mediante medios electrónicos seguros. El objetivo es que cada uno de sus proveedores de atención médica participantes tenga acceso a la información más actualizada disponible de sus otros proveedores, para así brindarle una mejor atención.

¿Qué contiene el expediente de HIE de pacientes en Barton Health?

El expediente de HIE de pacientes en Barton Health incluirá sus medicamentos, alergias, resultados de pruebas actuales y pasadas, y resúmenes de sus problemas de salud actuales y anteriores. No incluirá notas de psicoterapia ni información sensible u otra información que requiera su autorización específica para ser divulgada según la ley federal. Tener acceso oportuno a un expediente médico más completo y preciso ayudará a que sus proveedores trabajen de forma coordinada, tomen mejores decisiones sobre su atención, eliminen formularios repetidos y reduzcan errores, especialmente en situaciones de emergencia.

¿Quién puede ver mi expediente?

Solo los proveedores de atención médica que lo atienden y su personal autorizado con permisos específicos para acceder a la red HIE podrán consultar su expediente a través del HIE de Barton Health. Por ejemplo, si uno de sus proveedores participa en el HIE de Barton Health, él o ella podrá acceder a la información médica que otros proveedores participantes también hayan compartido en la misma red.

¿Cómo se protege mi información médica?

Barton Health está comprometido con mantener la privacidad y seguridad de sus documentos. Existen pautas federales y estatales claras y estrictas que regulan cómo puede ser intercambiada, consultada o utilizada su información médica. La información que lo identifica no será vendida ni utilizada para otros fines. Solo las personas encargadas de su atención médica podrán consultar su información, y únicamente cuando sea necesario para brindarle o coordinar su atención, realizar referencias, enviar reportes de salud pública

obligatorios (como su historial de vacunación), o para proporcionarle beneficios de atención médica.

¿Qué beneficios me ofrece el HIE de Barton?

Si usted consulta a varias médicas o médicos que participan en el HIE, ellas y ellos podrán tener una visión más completa de su estado de salud y tomar decisiones de tratamiento mejor fundamentadas. El objetivo es que usted reciba una atención médica coordinada de manera más eficiente. Su información médica estará disponible para los proveedores de salud en el momento y lugar en que la necesiten, sin demoras.

No deseo participar. ¿Cómo puedo excluirme?

Su información médica será visible para sus proveedores a través del HIE de Barton Health, a menos que usted decida excluirse utilizando este formulario o contactando a la Oficina de Privacidad de Barton Health al: 530-543-5975, o enviando este formulario por correo electrónico a: privacy@bartonhealth.org. Por favor, permita hasta cinco (5) días hábiles para procesar su solicitud de exclusión.

Su decisión de excluirse del Intercambio de Información Médica no afectará su capacidad para recibir atención médica. La exclusión no impedirá que sus proveedores compartan su información médica con entidades autorizadas cuando sea necesario para fines de salud pública o investigación, conforme a lo permitido o requerido por Barton Health y por las leyes federales y estatales. En casos de emergencia médica, su médica o médico podrá solicitar acceso a su expediente médico para diagnosticar o tratar su condición de emergencia, y el HIE de Barton Health pondrá sus documentos a disposición en dichas circunstancias. La información que ya haya sido divulgada en virtud de autorizaciones previas u otros HIE no se verá afectada por su solicitud de exclusión.

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN/INCLUSIÓN DE PACIENTES EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)

- Exclusión** – Barton Health no podrá compartir mi información médica a través del HIE.
 - Tenga en cuenta que el HIE de Barton Health está sujeto a la Ley HIPAA y a las leyes del estado de California relacionadas con la divulgación de cierta información médica, como la notificación de amenazas a la salud pública. En casos de emergencia médica, una médica o un médico podrá solicitar acceso a la información médica para diagnosticar o tratar a un/a paciente.
 - Entiendo que la información que ya haya sido divulgada en virtud de una autorización previa u otro HIE no se verá afectada por la solicitud de exclusión.
- Cancelar (revocar) la exclusión (volver a incluirme)**
 - Solicito cancelar mi decisión previa de exclusión. Al completar y firmar este formulario, autorizo que mi información médica esté disponible para mis proveedores de atención médica a través del HIE de Barton Health, según lo permitan o exijan Barton Health o las leyes federales y estatales.

Envíe el formulario completado y firmado a:

- privacy@bartonhealth.org
- Barton Health Medical Records
2170 South Ave.
South Lake Tahoe, CA 96150

Todos los campos deben estar completos para poder procesar su solicitud de exclusión.

Nombre legal de la/del paciente: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Casa Celular Trabajo

Correo electrónico: _____

Firma del/de la paciente, tutor/a o parte responsable: _____

Nombre en letra de molde: _____ Parentesco: _____

Fecha (MM/DD/YYYY): _____ Hora: _____

*Al firmar como representante legal, certifico que estoy legalmente autorizada/autorizado para actuar en nombre de la/del paciente.