Providence St. Joseph Health

Formulario (o forma) para Completar Servicios Si No Desea Participar en el Intercambio de Clinica Información

Los pacientes que **no deseen** participar en el Intercambio de Clinica Información deben usar este formulario

El Intercambio de Clinica Información de Providence St. Joseph Health ("PSJH Intercambio de Clinica Información") servicios le permite dar su autorización para que su información médica se comparta entre grupos médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica que participan en este Intercambio, a través de medios electrónicos seguros. El propósito del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información es darle a cada uno de sus proveedores participantes el beneficio de tener acceso a toda su información médica que los proveedores participantes guardan en sus archivos cuando le brindan atención médica.

Su participación en el Intercambio de Clinica Información es un acto voluntario y está sujeto a su derecho de elegir no participar. Su derecho a recibir tratamiento o su cobertura en un plan médico para el tratamiento no se basará en su decisión de ejercer o no ejercer este derecho.

A menos que usted decida no participar, cualquier proveedor de atención médica autorizado que participe en el Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información, o que sea un miembro del intercambio de información médica en conexión con el Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información servicio, puede tener acceso a su información médica y compartirla electrónicamente a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información, tal como se establece a continuación:

- La información médica que será compartida a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información incluirá información médica tanto anterior como posterior a la fecha de hoy y puede incluir información relacionada con el tratamiento que recibió por parte de cualquier proveedor en conexión directa o indirecta con el Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información servicio, incluyendo a proveedores fuera del estado.

- La información médica que será compartida a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información incluye información sobre sus diagnósticos, resultados de pruebas (como radiografías o pruebas de laboratorio) y medicamentos que se le hayan recetado. Dicha información también puede incluir información médica que usted podría considerar particularmente delicada, incluyendo: información sobre su salud mental; información y resultados de pruebas de VIH/SIDA; información genética y resultados de pruebas; tratamiento y resultados de pruebas de enfermedades de transmisión sexual, y también información sobre planificación familiar.

- La información médica disponible al Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información puede ser utilizada por los participantes del PSJH Intercambio de Clinica Información servicio para propósitos de tratamiento. El Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información también puede utilizar su información médica y ponerla a disposición de otros intercambios de información médica y sus participantes, para el tratamiento, el pago y las actividades operativas de atención médica; sin embargo, dichas divulgaciones por parte del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información servicio a otro intercambio de información médica se permitirá únicamente de acuerdo con las leyes correspondientes y la información divulgada no incluirá los resultados de la prueba de VIH, los expedientes de salud mental/del comportamiento y los resultados genéticos/hereditarios.

Al firmar este formulario (o forma), por medio de la presente, RECONOZCO y ESTOY DE ACUERDO con lo siguiente:

1. Incluso si decido firmar este formulario para no participar, la información relacionada con la atención que he recibido en todo de Providence St. Joseph Health seguirá estando disponible y accesible, a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información servicio, mi firme de Opt-Out sera revocara este consentimiento.
2. Para propósitos de tratamiento, para todos los proveedores participantes que me brinden cuidados; sin embargo, dicha información servicio no se divulgará de ningún otro modo por parte del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información y no se podrá acceder a información de mis otros proveedores a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información. Entiendo que dependiendo de las capacidades técnicas de mis

Providence St. Joseph Health

proveedores de atención médica, incluso si firmo este formulario, mi información médica aún podría ser divulgada por mi proveedor al Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información, pero el Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información servicio no permitirá que dicha información médica se vea, con excepción de lo anteriormente descrito en conexión con la información médica del hospital.

3. Este pedido de No Participar se aplica únicamente a la información médica que se comparte a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información, y mis proveedores de atención médica pueden tener acceso a mi información de salud utilizando otros métodos como fax, teléfono, correo electrónico o correo postal.

4. Yo puedo elegir participar en el intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información en cualquier momento para que mi información medica sea compartida a través del PSJH Intercambio de Clinica Información. Para volver a participar en el PSJH Intercambio de Clinica Información, debo enviar la forma completada "Solicitud de Revocación de un Pedido Previo de No Participar en el Intercambio de Clinica Informaciónde Providence St. Joseph Health" a la dirección listada al final de la página.

5. Entiendo que cualquier información que ya haya sido compartida a través del Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información antes de la fecha en la que este formulario sea procesado, podría permanecer con los proveedores que tuvieron acceso a dicha información.

6. Luego de recibir esta petición, se podrían necesitar **2 a 5 días hábiles** para su procesamiento y para evitar que mi información médica se comparta a través PSJH Intercambio de Clinica Información servicio.

Seleccione una respuesta*: ☐ **Yo soy el paciente** ☐ **Yo soy el representante legal del paciente**

Nombre del Paciente: Apellido*	Primer nombre*	Inicial del segundo nombre
Nombre o sobrenombres que ha usado anteriormente:	Fecha de nacimiento del paciente:*	Número de teléfono primario: *
Dirección de correo electrónico:	Sexo (M/F):	Número de teléfono secundario:
Dirección postal:*	Ciudad:*	Estado:* Código postal:*

*información obligatoria

_____ _____

Firma del Paciente (o Representante Autorizado) **Fecha en la que se firmó:**
Si tiene menos de 18 años, firma del padre/madre/guardián

_____ _____

Nombre del Representante Legal* Relación del Representante Legal con el paciente *

_____

Número de teléfono del Representante Legal:*

Envíe por correo a:
PSJH Clinical Data Exchange
15480 Laguna Canyon Road
Irvine, CA 92618

Comuníquese con nosotros:
Tel: (833) 990-1900 ó (714) 937-6249
Fax: (844) 983-0648 ó (714) 935-1408
Email: DataExchange@stjoe.org
Website: www.ProvShare.org