Providence St. Joseph Health

Revocación de un Pedido Previo de No Participar en el Intercambio de Clinica Información Servicios

Los pacientes que deseen **revocar** un formulario de No Participar que hayan firmado anteriormente deben utilizar este formulario

El Intercambio de Información Médica de Providence St. Joseph Health ("PSJH Intercambio de Clinica Información) servicio es una manera de permitir que su información médica se comparta entre los grupos médicos, los hospitales, los laboratorios, los 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 usted anteriormente ejerció su derecho de elegir no participar en el Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información servicios.

Al firmar este formulario, por medio de la presente RECONOZCO y ESTOY DE ACUERDO en lo siguiente:

1. Anteriormente ejercí mi derecho de No Participar en el Intercambio PSJH Intercambio de Clinica Información pero he cambiado de parecer y me gustaría revocar mi decisión anterior. Ahora me gustaría que mi información médica se comparta a través del PSJH Intercambio de Clinica Información a todos los proveedores de atención médica que participen en el cuidado de mi salud, y que participen en el PSJH Intercambio de Clinica Información o estén conectados con este intercambio.
2. Entiendo que al firmar este formulario (o forma), toda mi información médica anterior y posterior a la fecha de hoy, será compartida a través del PSJH Intercambio de Clinica Información servicios.
3. Entiendo que mi decisión de permitir que mi información médica sea compartida en PSJH Intercambio de Clinica Información servicios, puedo cancelarla en cualquier momento completando y enviando la forma "Revocación de un Pedido Previo de No Participar en el Intercambio de Clinica Información" al departamento del "Health Information Exchange" con dirección listada al final de la página.
4. Luego de recibir esta petición, se podrían necesitar **2 a 5 días hábiles** para su procesamiento a fin de permitir que mi información médica se comparta a través del PSJH Intercambio de Clinica Información.

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