



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ([conocido por sus siglas en inglés]HIE)

CyncHealth es un Intercambio de Información de Salud (HIE)). HIE es el intercambio electrónico de datos de salud entre organizaciones. El intercambio electrónico de datos es una forma más rápida de compartir su información de salud con los médicos que le prestan atención. Por ejemplo, si va a la sala de emergencias de un hospital que participa en estas redes, los médicos de la sala de emergencias podrán acceder a su información de salud electrónica para informarles que decisiones de tratamiento son adecuadas para usted. El HIE y estas organizaciones están obligadas a cumplir con las reglas que protegen la privacidad y seguridad de su salud e información personal. Si ha pagado por un servicio de atención médica completamente de su bolsillo y ha solicitado a sus médicos que no divulguen información relacionada únicamente con ese servicio, es responsabilidad de ellos no compartir esa información a menos que la divulgación sea requerida por la ley.

Si **no** desea que su información de salud se comparta a través de estos intercambios de HIE, complete este formulario.

Al firmar este formulario, reconozco y acepto lo siguiente:

1. Solicito que mi información de salud ya no se comparta a través del Intercambio de Información de Salud con todos los médicos involucrados en mi cuidado; que participan o están conectados con el HIE. Esto incluye atención de emergencia.
2. Al optar por no participar, los médicos que participan en el HIE eliminarán su información, excepto su nombre, domicilio y estado de exclusión. No afectará lo que sus médicos tienen acceso en los registros médicos electrónicos, y no será un requisito para recibir atención médica.
3. La exclusión voluntaria no impide que cualquier organización que haya recibido o accedido información de salud personal a través del HIE antes de dicha fecha de exclusión, e incorporado dicha información de salud personal en sus registros, conserve dicha información en sus registros.
4. Su médico aún podrán seleccionar el HIE como una forma de recibir sus resultados de laboratorio, informes de radiología u otros datos enviados directamente a ellos que puedan haber recibido previamente por fax, correo u otras comunicaciones electrónicas.
5. Si opta por no participar las compañías de seguro de saludcontinuarán teniendo acceso a su información de salud según lo autorizado por HIPAA, incluso para cumplir con las responsabilidades de cobertura, proporcionar beneficios bajo el plan y proporcionar reembolsos debido a la atención médica
6. Entiendo que esta petición solo se aplica al intercambio de información de salud a través del HIE. Esto no incluye el programa de monitoreo de medicamentos recetados, las solicitudes de registros en papel, la salud pública u otras divulgaciones autorizadas por la ley.
7. Una petición para no participar en el HIE entrará en vigencia dentro de los 30 días después de la disposición por parte de CyncHealth de mi solicitud para evitar que se comparta mi información de salud a través del HIE.
8. Puedo optar para volver a participar en el HIE en cualquier momento para que mi información de salud pueda compartirse a través de los intercambios de HIE, si corresponde.

- **Instrucciones:** Para enviar su solicitud, primero imprima y complete este formulario. Se requiere un número de teléfono en caso de que CyncHealth necesite comunicarse con usted para garantizar la exactitud de la información demográfica.

Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Inicial del segundo nombre:	Nombre o apodos anteriores:
correo electrónico	Fecha de nacimiento del paciente:	Número de teléfono :	
Domicilio:	Ciudad:	Estado: Código Postal:	

Por su protección, CyncHealth requiere que su identidad sea verificada y que su firma sea atestiguada por un Notario Público para poder procesar esta solicitud. Este formulario debe ser regresado a CyncHealth con las firmas originales en tinta negra o azul.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
Si el paciente es menor de 18 años, se requiere la firma del padre o tutor a continuación:

Padre o tutor: _____ Relación con el paciente: _____
 Fecha: _____

-----siguiente **sección debe ser completada por un notario público** -----

State of _____ County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ by _____.
 (date) (name of person acknowledged)

Notary Print Name: _____

Notary Signature: _____

Notary Stamp:

Email the completed notarized form to support@cynchealth.org

Or mail the completed notarized form to:

CyncHealth Privacy Office
 P.O. Box 27842
 Omaha, NE 68127

STAFF USE ONLY

Received by: _____
STAFF NAME AND DEPARTMENT

Date: _____