

# INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA - FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXCLUSIÓN

El Intercambio de información médica HIE es el intercambio electrónico de información de salud entre las organizaciones del cuidado de la salud. La Agencia de Atención Médica del Condado de Ventura VCHCA participa en una red HIE. Como parte de esa red, la VCHCA puede compartir su información de salud de forma electrónica con otras agencias y proveedores de atención médica y planes de salud, a menos que usted se excluya. El objetivo de HIE es proporcionarle la información más actualizada, para permitir una mejor coordinación de la atención y asistencia para tomar decisiones informadas. Por ejemplo, si usted tiene una emergencia y va a un hospital que participe en la misma red HIE como VCHCA, los médicos de la sala de emergencia podrían acceder a su información de salud de VCHCA para ayudarlo a tomar decisiones de tratamiento por usted. La información sobre su salud puede ser compartida a través de HIE para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Los participantes de HIE deben cumplir con las reglas que protegen la privacidad y seguridad de su información personal y de salud.

Usted puede escoger no permitir que se comparta su información en la red HIE en cualquier momento. Su opción para optar por no participar en la red HIE no afectará su capacidad de acceder a la atención médica.

Si no desea compartir su información de salud a través de la red HIE, complete este formulario y envíelo a la dirección a continuación. Al completar este formulario, usted solicita y tiene entendido que:

- VCHCA no compartirá su información de salud electrónicamente a través de HIE con ningún otro proveedor u organización externos, excepto que la exclusión no impedirá compartir su información de salud con entidades autorizadas cuando sea necesario para la salud pública, así como cuando lo exijan las leyes estatales o federales.
- Al completar el Formulario de exclusión de VCHCA no opta por la exclusión de otros intercambios de información de salud. Si desea optar por ser excluido de otra red HIE, usted es responsable de las reglas de esa red.
- Los proveedores de atención médica fuera de VCHCA aún pueden solicitar y recibir su información médica de VCHCA a través de otros métodos como fax o correo.

Una solicitud de exclusión voluntaria de VCHCA entrará en vigencia dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción por parte de VCHCA y no se aplicará a ninguna información en la red HIE antes de esa fecha. Usted puede optar por participar en la red en cualquier momento completando un Formulario de solicitud de revocación de rechazo disponible en la oficina VCHCA de su proveedor de salud o llamando al (805) 652-6008.

Cada miembro de la familia que desee excluirse debe completar un formulario por separado. Por favor complete todos los campos requeridos a continuación para que se lleve cabo un procesamiento preciso.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

**Nombre previo o alias:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Número de teléfono principal:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Firmado**

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, escriba el nombre a continuación e indique la relación.

Nombre del representante	Relación del representante con el paciente	Número de teléfono
<b>Return form to VCHCA:</b> <b>Email:</b> HIEconnect@ventura.org		<b>Mail:</b> Ventura County Health Care Agency c/o: HIM Dept. 300 Hillmont Avenue, Ventura, CA 93003

HEALTH INFORMATION EXCHANGE OPT OUT REQUEST FORM SPANISH

VENTURA COUNTY HEALTH CARE AGENCY

VCMC-546-057s (11/2017)



Patient Label  
or  
Two Patient Identifiers