



FORMULARIO DE NO PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Este formulario deben completarlo los pacientes que no deseen participar en los Intercambios de Información sobre la Salud (HIE por sus siglas en inglés) que se han asociado con Beacon Health System (Beacon).

Los HIE son una manera segura de compartir su información de salud entre los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, centros de radiología, laboratorios y otros proveedores de atención médica participantes, a través de medios electrónicos seguros. El objetivo de los HIE es que cada uno de sus proveedores de atención médica participantes pueda tener el beneficio de recibir la información más actualizada disponible de parte de sus otros proveedores participantes mientras lo tratan. Si decide no participar de los HIE, sus proveedores y otros profesionales no podrán buscar su información de salud a través de los HIE para utilizarla mientras le brindan atención.

Este formulario de no participación solo debe completarse una vez para no participar de los HIE. No es necesario completarlo para cada proveedor.

Para más información sobre la no participación o la revocación de una solicitud existente de no participación, comuníquese con el Director de Privacidad de Beacon al (574) 647-7751 o envíe un correo electrónico a HIEOPT-OUT@beaconhealthsystem.org.

Al firmar este formulario, RECONOZCO y ACEPTO lo siguiente:

1. Solicito que mi información de salud no se comparta a través de los HIE que se han asociado con Beacon. **Esto incluirá situaciones de atención de emergencia.**
2. Esta solicitud de no participación solo se aplica al intercambio de información de salud a través de los HIE, y mis proveedores de atención médica podrán tener acceso a mi información de salud utilizando otros métodos, como por teléfono, fax, correo electrónico o correo postal.
3. Si desea revertir su decisión, puede decidir participar en cualquier momento completando en línea el "Formulario de Revocación de la Solicitud de No Participación en los HIE" o comunicándose con el Director de Privacidad de Beacon al (574) 647-7751 o enviando un correo electrónico a HIEOPT-OUT@beaconhealthsystem.org.
4. Entiendo que cualquier información que se haya compartido a través de los HIE antes de la fecha en que se procese este formulario puede permanecer con los proveedores que accedieron a dicha información.
5. Procesar este formulario de no participación y así evitar que se comparta mi información de salud a través de los HIE puede llevar entre **2 y 5 días hábiles** a partir de su recepción.

INFORMACIÓN DE NO PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de hoy _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer Otro/No deseo informarlo

Dirección _____ Correo electrónico _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono Principal _____ Número de Teléfono Secundario _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si este formulario lo presenta otra persona que no sea el paciente nombrado anteriormente, la persona que presenta el formulario certifica, por el presente, que actúa en calidad de (MARQUE UNA OPCIÓN): Padre/Madre Tutor Legal Otro

Nombre (en letra de imprenta) _____ Vínculo _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Número de Teléfono Principal _____ Número de Teléfono Secundario _____

Quisiera que se me notifique sobre mi elección de participación de la siguiente manera (ELIJA UNA): Correo Electrónico Teléfono Carta
 Sin Notificación

Puede presentar este formulario completo al Director de Privacidad enviando una copia por correo electrónico a HIEOPT-OUT@beaconhealthsystem.org o enviando el formulario por correo postal a la siguiente dirección: Beacon Health System, Attn: Privacy Officer, 615 North Michigan Street, South Bend, IN 46601.