

## HOJA INFORMATIVA SOBRE LA SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DEL PACIENTE

### ¿Qué es el HIE?

El intercambio comunitario de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) activado por MemorialCare llamado CareEverywhere brinda una manera rápida y segura a los médicos y otras entidades relacionadas con la atención médica, como laboratorios y farmacias, para divulgar ciertos tipos de información sobre la salud, como resultados de análisis de laboratorio e informes de radiología. El HIE no es un expediente clínico completo de su historial médico. Esto proporciona una manera sencilla a los profesionales de la salud autorizados para acceder a la información médica del paciente, por consiguiente, les ayuda a brindarle el mejor cuidado posible.

### No participar en el HIE de MemorialCare

Los pacientes que no quieren que su información médica sea accesible a los profesionales de la salud autorizados mediante el HIE de MemorialCare pueden elegir no participar u optar por no ser incluidos en el HIE. Si usted decide excluirse, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información clínica a través del HIE de MemorialCare. Esto significa que, entre otras cosas, su información médica no será disponible al personal de urgencias, aun durante emergencias que amenazan a la vida.

Si no quiere participar en el HIE de MemorialCare, por favor, complete el *formulario de la solicitud de exclusión* y envíelo por correo al:

MemorialCare Compliance Officer  
17360 Brookhurst Street  
Fountain Valley, CA 92708

### ¿Cómo les ayuda el HIE de MemorialCare a usted y su médico?

#### **El HIE de MemorialCare es rápido y seguro**

El HIE de MemorialCare es una manera veloz y segura para que su médico ubique su información médica más actualizada. Solamente los proveedores de atención médica con un motivo válido tendrán permiso para acceder a su información clínica. La información será disponible a los profesionales de la salud del Departamento de Urgencias de MemorialCare que podrían ayudar a salvarle la vida en una emergencia médica. El HIE de MemorialCare también ayuda a salvaguardar su información clínica en caso de una emergencia como un incendio o terremoto.

#### **El HIE de MemorialCare protege la privacidad**

El HIE de MemorialCare protege su privacidad mejor que los expedientes en papel rastreando quien ha visto su información. El HIE de MemorialCare no permite a los empleados ni las compañías de seguro médico acceder a su información clínica.

#### **EL HIE de MemorialCare mejora su atención**

El HIE de MemorialCare permite a su médico tener acceso inmediato a una variedad de información médica: información que puede ayudar a su médico a tomar mejores decisiones respecto a su cuidado. Tener acceso a expedientes perdidos a través del HIE de MemorialCare también podría evitar que su médico tenga que repetir sus exámenes y le ahorra tiempo, dinero y preocupaciones a usted.

## FORMULARIO DE LA SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DEL PACIENTE

*Por favor, escriba sus iniciales indicando que ha leído y entiende cada una de las siguientes declaraciones:*

Iniciales: \_\_\_\_\_ He leído y entiendo la hoja informativa sobre la solicitud de exclusión del paciente que se me ha proporcionado.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Entiendo que no participar en el HIE de MemorialCare significa que mi información médica no será accesible a los profesionales de la salud, incluyendo el personal de urgencias, mediante una consulta o una consulta expandida del HIE de MemorialCare.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Por la presente autorizo al HIE de MemorialCare bloquear el acceso a consultas de mi información clínica en el HIE de MemorialCare.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Entiendo que puedo elegir participar en el HIE de MemorialCare otra vez en cualquier momento presentando un restablecimiento al comunicarme con el Departamento de Expedientes Médicos de MemorialCare.

**Por favor, brinde la siguiente información:**

Nombre \_\_\_\_\_ inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Si tiene menos de 18 años de edad, que firme el padre o tutor legal)