

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)