

Revocación de un Pedido Previo de No Participar en el Intercambio HIE

Los pacientes que deseen **revocar** un formulario de No Participar que hayan firmado anteriormente deben utilizar este formulario

El Intercambio de Información Médica de Providence St. Joseph Health (SJH HIE, en inglés) es una manera de permitir que su información médica se comparta entre los grupos médicos, los hospitales, los laboratorios, los centros de radiología y otros proveedores de atención médica que participan en este intercambio, a través de medios electrónicos seguros. El propósito del Intercambio SJH HIE es darle a cada uno de sus proveedores participantes el beneficio de tener acceso a toda su información médica que los proveedores participantes guardan en sus archivos cuando le brindan atención médica. Su participación en el Intercambio HIE es un acto voluntario y usted anteriormente ejerció su derecho de elegir no participar en el Intercambio SJH HIE.

Al firmar este formulario, por medio de la presente RECONOZCO y ESTOY DE ACUERDO en lo siguiente:

1. Anteriormente ejercí mi derecho de No Participar en el Intercambio SJH HIE pero he cambiado de parecer y me gustaría revocar mi decisión anterior. Ahora me gustaría que mi información médica se comparta a través del intercambio SJH HIE a todos los proveedores de atención médica que participen en el cuidado de mi salud, y que participen en el Intercambio SJH HIE o estén conectados con este intercambio.
2. Entiendo que al firmar este formulario (o forma), toda mi información médica anterior y posterior a la fecha de hoy, será compartida a través del Intercambio SJH HIE.
3. Entiendo que mi decisión de permitir que mi información médica se comparta a través del Intercambio SJH HIE podría volver a cancelarse en cualquier momento, entregando un "Formulario (o forma) para Completar Si No Desea Participar en el Intercambio HIE" a la dirección que aparece al final de este formulario o a la oficina de Admisiones, Registro o Recepción en un centro de Providence St. Joseph Health.
4. Luego de recibir esta petición, se podrían necesitar **2 a 5 días hábiles** para su procesamiento a fin de permitir que mi información médica se comparta a través del Intercambio SJH HIE.

Nombre del Paciente: Apellido*	Primer nombre*	Inicial del segundo nombre
Nombre o sobrenombres que ha usado anteriormente:	Fecha de nacimiento del paciente:*	Número de teléfono primario: * () -
Dirección de correo electrónico:	Sexo (M/F):	Número de teléfono secundario: () -
Dirección postal:*	Ciudad:*	Estado:* Código postal:*

*información obligatoria

Firma del Paciente (o Representante Autorizado)
Si tiene menos de 18 años, firma del padre/madre/guardián

: fecha en la que se firmó:

 Nombre del Representante Legal*

 Relación del Representante Legal con el paciente *

 Número de teléfono del Representante Legal:*

***Llene y regrese este formulario a Providence St. Joseph Health:**

En el hospital/consultorio médico:
 Oficina de Ingreso/Registro/Recepción

Comuníquese con nosotros:

Tel (844) 256-4HIE (4443) ó (714) 937-7000

Fax(714) 935-1407

Email @ HIE@stjoe.org

Website @ <http://www.stjhs.org/hie>

Envíe por correo a: SJH Health Information Exchange (HIE) Division,
 c/o Director of Health Information Exchange (HIE)
 1515 E Orangewood Ave, Anaheim, CA 92805