

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number



SOLICITUD DEL PACIENTE PARA EXIMIRLO DE PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Sección A:

Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre): _____

Dirección: _____

Número de historia clínica de SHC o UHA (si lo sabe): _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección B: INTERCAMBIO SEGURO DE INFORMACIÓN DE SALUD POR VÍA ELECTRÓNICA

El intercambio seguro de información de salud por vía electrónica ayuda a garantizar una mejor atención y coordinación de su cuidado. Stanford Health Care (SHC), University Healthcare Alliance (UHA) y Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC) participan en el intercambio de información de salud, lo cual permite a los proveedores externos que necesitan información para tratarle, solicitar y recibir información sobre su salud a través del intercambio seguro de información de salud por vía electrónica. Por ejemplo, los profesionales que no sean de SHC o de UHA o de SHC-VC podrán solicitar y recibir un resumen de sus alergias, medicamentos, exámenes y otra información clínica de sus expedientes médicos en SHC o UHA o SHC-VC, a los que de lo contrario no tendrían acceso de manera inmediata.

Sección C: Solicitud de exención de la participación en el intercambio ELECTRÓNICO de información de salud

No deseo participar en la divulgación de mi información médica por parte de SHC o de UHA o de SHC-VC mediante el intercambio seguro de información de salud por vía electrónica a mis proveedores de atención médica externos a SHC o a UHA o a SHV-VC para mi atención y tratamiento médico. Entiendo que, al acceder esta petición, SHC, UHA y SHC-VC no compartirán mi información de salud con mis otros proveedores a través del intercambio seguro de información de salud por vía electrónica, a excepción de lo autorizado en virtud de las leyes estatales y federales de privacidad de la información de salud del paciente.

Entiendo que mi solicitud de exención del intercambio seguro de información de salud por vía electrónica no afecta la capacidad del profesional médico fuera de SHC, de UHA y de SHC-VC de obtener mi información de salud de SHC o de UHA o de SHC-VC a través de otro recurso aprobado a estos efectos.

Entiendo que, al firmar esta solicitud, mis proveedores de cuidados de salud fuera de SHC, de UHA y de SHC-VC no podrán recibir notificaciones automáticas a través del sistema de intercambio electrónico de información de salud acerca de la atención que reciba de SHC o UHA o SHC-VC para efectos de continuidad de mi atención médica.

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

CONSENT PATIENT REQUEST FOR EXEMPTION
(SPANISH)

Page 2 of 2

Entiendo que mi solicitud firmada entra en vigor tras ser recibida y procesada y se mantendrá vigente hasta que yo solicite el cambio. Entiendo que si quiero anular mi solicitud de exención de intercambio electrónico seguro de información de salud a los proveedores del cuidado de la salud fuera de SHC o de UHA o de SHC-VC, debo presentar mi solicitud por escrito a Stanford Health Care, Health Information Management Services (HIMS) Department (Departamento de Servicios de Gestión de Información de Salud), ubicado en la siguiente dirección: 450 Broadway St. Room C14, MC6330, Redwood City, CA 94063, o por fax al (650) 498-5120.

Sección D: INFORMACIÓN QUE USTED DEBE SABER ANTES DE FIRMAR

Si tiene preguntas sobre este formulario o acerca de la divulgación de su información de salud, antes de firmar, comuníquese con SHC HIMS Department al 650-723-5721.

Sección E:

Por la presente, a través de mi firma y fecha a continuación, solicito que Stanford Health Care (SHC), University Healthcare Alliance (UHA) y Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC), no divulguen mi información de salud a través del intercambio electrónico seguro de información de salud a proveedores de atención médica fuera de SHC, UHA y SHC-VC como se describe en la sección C anterior.

Nombre del paciente (en letra de imprenta):/ *Name of patient (please print)*

Nombre del representante legal que firma este formulario, si corresponde (letra de imprenta): / *Name of legal representative signing this form, if applicable (please print)*

Dirección del paciente o del representante legal que firma este formulario (letra de imprenta):/ *Address of patient or legal representative signing this form (please print):*

Número de teléfono del paciente o del representante legal que firma este formulario (letra de imprenta):/ *Phone number of patient or legal representative signing this form (please print):*

Si usted no es el paciente, pero firma este formulario, describa su autoridad para firmar en nombre del paciente y proporcione la documentación legal:/ *If you are not the patient and you are signing this form, describe your authority to sign on behalf of the patient and provide supporting legal documentation:*

Nombre del Representante Personal (letra de imprenta) y Relación/ Personal Representative's Name (print) and Relationship

Firma del paciente o del representante legal: _____ **Fecha:** _____
Signature of the patient or legal representative: _____ Date: _____

*** A COPY OF THIS FORM MUST BE GIVEN TO THE PATIENT ***