



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Los intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) permiten que su proveedor de Vida Care y su equipo de atención accedan electrónicamente a su información médica, lo que permite un tratamiento más eficaz y eficiente. Al participar en los HIE, su información médica protegida está disponible para uso autorizado. Si usted y/o su representante legalmente autorizado deciden no participar, su información ya no estará accesible a través de los HIE en los que participa Vida Care. Tenga en cuenta que esta decisión no afectará la atención o el tratamiento que reciba.

Información del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Nombre anterior	Fecha de nacimiento	Número de teléfono principal
Dirección	Ciudad	Estado y código postal

Reconocimiento de la decisión de no participar: Al firmar este formulario, reconozco y acepto lo siguiente:

- Mi solicitud de exclusión voluntaria se aplica únicamente a la información compartida a través de los HIE. Los proveedores de atención médica aún pueden tener acceso a mi información médica a través de otros métodos, como fax, teléfono o correo.
- Los proveedores de atención médica de Vida Care no podrán buscar mis registros a través del HIE mientras me brindan atención médica.
- Esta decisión permanecerá vigente hasta que notifique por escrito a Vida Care que deseo participar en los HIE.

Esta solicitud de exclusión puede tardar hasta diez (10) días hábiles en procesarse.

La información a la que se accedió antes de enviar este formulario de exclusión voluntaria de HIE permanecerá con los proveedores que accedieron a ella antes de que esta solicitud de exclusión voluntaria entrara en vigencia.

Si este formulario está firmado por alguien que no es el paciente, la persona que firma certifica que está autorizado para actuar en nombre de la paciente como (marque una opción):

☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Poder notarial para asuntos de salud.

Por: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: ____ (MM) ____ (DD) ____ (AAAA)

Por favor devuelva una copia del formulario completo por: -Correo: Vida Care Medical Center, Atención: Oficial de Privacidad, 2601 Forest Ln, Garland TX 75042,