



Formulario de solicitud para optar por no participar en el Intercambio de Información Médica (HIE)

¿Qué es el “Intercambio de Información Médica”?

El Intercambio de Información Médica (*Health Information Exchange* o HIE) es una forma de comunicación electrónica segura entre hospitales, consultorios, laboratorios, farmacias y otros proveedores de servicios médicos participantes para poder compartir la información sobre la salud de su hijo, o hija, en el estado de Georgia (o incluso puede abarcar a todo el país). Al HIE también se le llama en español "Intercambio de Información de Salud".

¿Por qué se usa el HIE?

Por medio del HIE, cada proveedor de atención médica participante que atiende a su hijo(a) puede ver la información más reciente sobre su hijo(a) que hayan compartido otros proveedores de atención médica, también participantes. Por ejemplo, si su hijo(a) estuvo en el hospital y el médico le hizo algún examen, el pediatra de su hijo(a) podrá ver los resultados de esos exámenes en forma electrónica.

¿Qué pasa si opto por no participar?

Si nos hace saber por medio de este formulario que no desea participar, los médicos y el personal de enfermería no podrán buscar la información médica de su hijo(a) a través del HIE cuando le estén atendiendo. Aunque haya optado por no participar, igual se podrá dar a conocer a través de un sistema de HIE la información de salud pública que se debe notificar para cumplir con las leyes (por ejemplo, en el caso de ciertas enfermedades infecciosas que hay que notificar a las autoridades de salud pública).

Solicito que la información médica de mi hijo(a) **no** se pueda ver a través de ningún Intercambio de Información Médica (HIE) en el que participen Children’s Healthcare of Atlanta, Inc. (“Children’s”), sus asociados¹, ni otros consultorios médicos de Children’s que participen en el sistema electrónico de historias clínicas² (llamadas en conjunto, las “Entidades de historias clínicas electrónicas [EMR, por sus siglas en inglés] de Children’s”), ahora o en el futuro.

Indique con sus iniciales que ha leído y entendido cada una de las declaraciones siguientes:

_____ Entiendo que al presentar este formulario de solicitud para optar por no participar en el Intercambio de Información Médica (HIE), los proveedores de servicios médicos no podrán ver la información médica de mi hijo(a) (incluidos los doctores de salas de urgencia) a través de ningún HIE en el que participen las Entidades de EMR de Children’s. Entiendo que aun así es posible que cada proveedor participante archive la información médica de mi hijo(a) en forma electrónica y, en concreto, que se comparta esta información entre las Entidades de EMR de Children’s.

_____ Entiendo que pueden pasar entre 3 y 5 días laborables antes de que se lleve a efecto esta solicitud para optar por no participar.

_____ Entiendo que toda información que se comparta antes de que se lleve a efecto esta solicitud podrá permanecer en los registros de los proveedores que accedieron a ella.

_____ Entiendo que puedo optar por participar nuevamente en cualquier momento y de que, para hacerlo, debo llenar un formulario de revocación de la solicitud previa para optar por no participar en el Intercambio de Información Médica que podré obtener si llamo a **Children’s Privacy Office (Oficina de Privacidad de Children’s) al 404-785-1516**.

_____ Entiendo que cada vez que mi hijo(a) recibe tratamiento de un proveedor de servicios médicos, ese proveedor podrá solicitar a otros proveedores y recibir la información médica de mi hijo(a) a través de otros métodos autorizados por las leyes, tales como fax, correo postal o por un sistema de mensaje seguro.

¹ Encontrará una lista de las organizaciones asociadas a Children’s en www.choa.org/hie.

² Encontrará una lista de los consultorios médicos de Children’s participantes del sistema electrónico de historias clínicas en www.choa.org/hie.



Formulario de solicitud para optar por no participar en el Intercambio de Información Médica (HIE)

(Se debe completar un formulario individual para cada miembro de la familia que desee optar por no participar. Para que el formulario sea procesado **se deben incluir todos los datos solicitados**. Se requiere el número telefónico por si necesitamos comunicarnos con usted para garantizar que la información sea correcta.)

Primer nombre del paciente: _____ Segundo nombre del paciente: _____

Apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ (MM/DD/AAAA)

Nombre(s) anterior(es) o sobrenombres: _____ Sexo: Varón Mujer

Dirección (calle): _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Primer nombre e inicial del segundo nombre del padre/madre o tutor: _____

Apellido de padre/madre o tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección (calle): _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Firma del padre/madre o tutor **Relación o parentesco** **Fecha de la firma**
 Si el paciente es mayor de 18 años de edad, firma del paciente

**Envíe este formulario completo dirigido al Funcionario de Privacidad: Children’s Healthcare of Atlanta,
Privacy Office, 1711 Tullie Circle, NE, Atlanta, GA 30329**