Baylor College of Medicine

Formulario para Optar por No Participar en el Intercambio de información de Salud
Health Information Exchange (HIE) Opt-Out Form

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Qué es el intercambio de información de salud? El Intercambio de Información de salud (HIE por sus siglas en inglés) incluyendo *EPIC Care Everywhere* son modos electrónicos y seguros para el intercambio de información de salud entre las oficinas de los médicos participantes, hospitales, y otros proveedores de atención médica. HIE permite que se comparte su información de salud de manera puntual, lo cual puede mejorar la atención médica. El HIE de Baylor College of Medicine ayuda a los proveedores de salud participantes a compartir dicha información de una manera eficaz y oportuna para coordinar su cuidado.

¿Qué pasa si opto por no participar? Al optar por no participar en HIEs de Baylor College of Medicine, incluyendo *EPIC Care Everywhere*, ocurrirá lo siguiente: (escriba sus iniciales al lado de cada declaración):

____ Optar por NO participar en HIE puede retrasar el acceso a información médica e importante.

____ Su información de salud no será compartida entre proveedores de salud a través de HIE. En lugar de eso, sus proveedores de salud seguirán compartiendo su información a través de los métodos previamente establecidos, tales como: teléfono, fax, o correo.

____ Su información de salud NO será compartida con otros proveedores de Baylor College of Medicine que participan en HIEs.

____ Cualquier información que haya sido compartida antes de completar y presentar este formulario de HIE puede permanecer con los proveedores que accedieron a esa información antes de que este formulario entrará en vigor.

____ Su selección de optar por NO participar en el HIE permanecerá vigente a menos que lo cambie por escrito

____ Esta solicitud podría tomar entre 7 días laborables para tener efecto.

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento y optaré por NO participar en las plataformas HIE que Baylor College of Medicine utiliza, incluyendo *EPIC Care Everywhere.*

_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Nombre del Representante Legal *	Relación al Paciente

*** Adjuntar documentos que demuestran la autoridad legal para actuar en nombre del paciente.**

POR FAVOR REGRESE A:

Baylor College of Medicine
Attn: Release of Information (ROI)
One Baylor Plaza
Houston, TX 77030
713-798-1464 (Fax) or hieoption@bcm.edu

Gracias por elegir Baylor College of Medicine