

Solicitud para no participar en *Health Information Exchanges* (HIE)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

E-Mail: _____

Teléfono: _____

Últimos 4 números del Seguro Social: _____

Fecha de solicitud: _____

La *Jefferson Health Corporation*, que incluye colectivamente a todos los hospitales de la *Lehigh Valley Network* y los consultorios de *Lehigh Valley Physician Group*, puede poner su información de salud disponible a través de un servicio estatal, regional o nacional de intercambio de información de salud (conocido como *Health Information Exchange* o HIE) o a través de la red *Care Everywhere*® para facilitar el intercambio seguro de su información de salud entre varios proveedores de atención médica u otras entidades de atención médica para fines de tratamiento, pago u otros propósitos operacionales de la prestación de servicios de salud. Esto significa que podemos compartir la información sobre usted que obtengamos o que sea preparada por nosotros con un HIE, y que esta información estará disponible para entidades externas (como hospitales, consultorios médicos, farmacias o compañías de seguro), y que también podemos recibir información sobre usted que ellos preparen u obtengan (como por ejemplo su historial de medicamentos, historial médico o la información del seguro) de manera que cada entidad pueda brindarle un mejor tratamiento y coordinar sus servicios de salud.

Usted puede pedir que su información de salud no sea compartida a través de estos servicios de intercambio de información médica (*Health Information Exchanges*). Si no quiere que su información se comparta con otros proveedores de atención médica a través de un servicio HIE, marque la casilla correspondiente a continuación.

☐ **No quiero participar en los intercambios de información de salud (*Health Information Exchanges*).**

Firma del paciente o su Representante

Fecha

Hora

Nombre del paciente o su Representante

Relación del Representante con el paciente

Después de llenar este formulario, devuélvalo por correo o fax a:

Health Information Management Department

Lehigh Valley Health Network

PO Box 689

Allentown, PA 18105-1556

Fax: 610-402-5823

Email: HIM_release_of_information@jefferson.edu

Nota: si desea participar en un HIE en el futuro, vaya a <https://www.lvhn.org/records-medicos> y llene una solicitud para revocar su decisión de no participar en un HIE.