

Solicitud para revocar la decisión de 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.

Previamente usted optó por no participar en los intercambios de información de salud (*Health Information Exchanges*). Al marcar la casilla a continuación, está revocando esa decisión y autoriza volver a participar en los HIE.

☐ **Por este medio revoco mi decisión anterior de no participar en los intercambios de información de salud (*Health Information Exchanges*) y autorizo mi participación de ahora en adelante.**

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