



Nombre: _____
 Apellido, Nombre
 Fecha de nacimiento: _____
 N.º BIS (si se conoce): _____

Intercambio de información de la red sobre calidad de la atención médica - Formulario de rescisión/rechazo

Este formulario se utiliza para indicar que no desea que se comparta información de forma electrónica segura entre los Servicios de Salud Conductual y otros proveedores de tratamiento que participen de su atención médica. También puede usar este formulario para anular el rechazo previo de esta opción. Lea atentamente la siguiente información antes de enviar este formulario.

¿Qué es el intercambio de información de la red sobre calidad de la atención médica? La red sobre calidad de la atención médica es una forma segura de compartir información sobre su salud de manera electrónica con consultorios médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica autorizados.

¿Cuál es el beneficio de compartir la información? El beneficio de permitir que se comparta la información de forma electrónica es garantizar que los proveedores que participan de su atención médica tengan la información más actualizada y completa en el momento de coordinar y tomar decisiones con usted sobre su atención.

¿Qué información se incluye? La información sobre su salud conductual puede incluir lo siguiente, entre otras cosas: integrantes del equipo de atención médica, medicamentos, alergias, resultados de análisis de laboratorio actuales y pasados, y las fechas de los encuentros.

¿Qué información no se incluye? El contenido de las notas y evaluaciones escritas por los proveedores que le brindan tratamiento de Servicios de Salud Conductual (BHS, siglas en inglés) o información que, según las leyes federales, requiera de su autorización específica para ser divulgada (esto incluye el tratamiento por trastornos ocasionados por el consumo de sustancias).

¿Quiénes pueden ver mis registros? Solo los proveedores de atención médica que participan de su tratamiento y tienen acceso específico a la red sobre calidad de la atención médica podrán ver sus registros.

¿Hay algún riesgo por rechazar esta opción? Sí. El objetivo de compartir la información es permitir que sus proveedores tengan un acceso más rápido a la información sobre su salud física y conductual. Si rechaza este intercambio de información, sus proveedores tendrán menos información acerca de usted al tomar decisiones sobre su atención médica con usted.

No quiero participar ¿Cómo rechazo esta opción? La información sobre su salud será visible para sus proveedores de servicio a menos que usted complete este formulario y lo envíe por fax a DPH BHS HIM al número (628) 206-7517. Tenga en cuenta que procesar su solicitud puede tomarnos hasta cinco (5) días hábiles. Su decisión de rechazar esta opción no afectará su capacidad de acceder a la atención médica. Cuando lo desee, puede cambiar de idea sobre aceptar o no la opción de que se comparta su información.

Rechazo: No quiero que la información sobre mi salud conductual se comparta de forma electrónica con otros proveedores de tratamiento.

Cancelo el rechazo: Canelo mi decisión anterior de rechazar esta opción. Permiso que la información sobre mi salud se comparta con mis otros proveedores de tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

cliente/padre/madre/apoderado u otro representante legal

Relación si la persona no es el cliente: _____

Nota: Las reglamentaciones federales y estatales permiten que la información sobre su salud física y conductual se comparta de forma verbal y por escrito entre los proveedores que le brindan atención médica. Si desea obtener más detalles sobre cómo se comparte la información sobre su atención médica y cuáles son sus derechos, consulte la "Notificación sobre prácticas de confidencialidad". Usted firmó un acuse de recibo de esta Notificación el primer día que recibió servicios en el Departamento de Salud Pública (DPH, siglas en inglés). Puede solicitarle una copia a su proveedor.