



Optar por no participar en el intercambio de información médica de INTEGRIS

Como parte de nuestro compromiso de mejorar la salud de las personas y comunidades a las que servimos, INTEGRIS participa en el Intercambio de información médica (HIE). Este formulario le permite optar por no participar en este intercambio.

¿QUÉ ES UN INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO AYUDA A SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA?

Se usa un Intercambio de información médica (HIE) para compartir su información médica con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica autorizados ("Proveedores de atención médica") para facilitar la atención, evitar la duplicación de servicios (como pruebas) y reducir la probabilidad de que ocurra un error médico. Esta información se comparte mediante medios electrónicos seguros y permite que cada proveedor tenga la información disponible más reciente para poder atenderlo.

¿CÓMO ESTÁ PROTEGIDA MI INFORMACIÓN MÉDICA?

INTEGRIS se compromete a proteger su privacidad. Las directrices federales y estatales rigen cómo se puede intercambiar, ver o usar su información médica. Solo los proveedores de atención médica que lo atienden están autorizados a ver su información médica y solo según sea necesario para darle atención.

CÓMO PUEDE OPTAR POR NO PARTICIPAR.

Si no quiere que su información médica se incluya en el intercambio de información médica, puede elegir no participar. **Si elige no participar, los proveedores de atención médica no podrán acceder electrónicamente a su información médica mediante un intercambio y es posible que sus proveedores de atención médica tengan menos información sobre usted cuando estén tomando decisiones, incluso en una emergencia.** Su proveedor de atención médica aun así puede pedir y recibir su información médica usando métodos permitidos por la ley, como fax o correo. Comprenda que ciertos reportes que exige la ley, como se indica en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, aún se pueden hacer incluso si opta por no participar. Este formulario lo excluirá de compartir la información de **INTEGRIS Health** y, si lo selecciona, los **proveedores de INTEGRIS Health** no podrán acceder a su información compartida electrónicamente por otros proveedores de atención médica. Para optar por no compartir electrónicamente la información que mantiene otro proveedor de atención médica, comuníquese directamente con el proveedor.

No quiero que INTEGRIS Health comparta mi información médica mediante el intercambio de información médica con proveedores participantes

No quiero que INTEGRIS Health reciba información médica que hayan compartido otros proveedores mediante el intercambio de información médica

- Entiendo que esta opción de no participar solo se aplica al intercambio o recepción de información médica mediante el HIE. Mis proveedores de atención médica aún pueden pedir mi expediente médico que pueden recibir por fax o correo.
- Entiendo que cualquier información que se haya compartido previamente mediante el HIE permanecerá disponible para los proveedores de atención médica que tengan acceso.
- Esta opción de no participar entrará en vigor en 5-7 días hábiles aproximadamente después de que INTEGRIS la haya recibido y permanecerá vigente hasta que yo elija volver a participar.

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente
Nombre anterior	Fecha de nacimiento	Teléfono
Dirección	Ciudad/Estado	Código postal

Nombre del paciente o representante personal (en letra de molde)

Relación

Firma del paciente o representante personal

Fecha/hora

El formulario completo se puede enviar por fax a **INTEGRIS Health Information Management** al 405-552-8773, por correo a 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, o por correo electrónico a Healthinfomanagement@integrishealth.org. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

INT-5775 HIE Opt Out



Rev. 11/21, 5/23