

ACERCA DE HEALTHINFONET Y ESTE FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

¿Qué es HealthInfoNet? HealthInfoNet es un sistema informático seguro que recopila su información médica de diferentes ubicaciones de atención médica en un registro médico electrónico en todo el estado. Sus proveedores usan esta información para tomar mejores decisiones sobre su atención. También puede ayudarlos a prevenir errores, especialmente en una emergencia. Su historia clínica incluye información de medicamentos, alergias, resultados de pruebas y más.

¿Mis registros son privados y están seguros? HealthInfoNet encripta toda la información y utiliza conexiones seguras de computadora para recibir y compartir su información de salud. Solo las personas involucradas en su atención pueden ver su información. Para obtener más información sobre quién ha visto su registro de HealthInfoNet y cuándo lo vieron, usted puede visitar <http://hinfonet.org/for-patients>. Tenga en cuenta que ningún sistema es completamente seguro, pero HealthInfoNet hace todo lo posible para mantener sus registros seguros.

¿Qué significa exclusión? Maine tiene reglas separadas sobre el intercambio de información de salud mental/VIH. Esta información sensible se mantiene privada a menos que decida compartirla en su registro de HealthInfoNet. Si previamente ha elegido incluir su información médica sensible en un registro de HealthInfoNet (es decir, si ha optado por participar), pero ya no desea compartir su información con los proveedores participantes de HealthInfoNet, debe optar por no participar en este servicio. Completar este formulario evitará que su información médica sensible esté disponible para sus proveedores, a menos que usted les dé su consentimiento verbal por única vez o en caso de una emergencia médica. Para obtener más información, puede visitar nuestros materiales de comunicación en línea: <http://hinfonet.org/for-patients>. Su decisión de compartir o no compartir esta información no afectará su capacidad para obtener atención médica.

INSTRUCCIONES:

- SI PREVIAMENTE HA **OPTADO POR PARTICIPAR Y NO DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN SENSIBLE, NO HAGA NADA CON ESTE FORMULARIO.**
- SI PREVIAMENTE HA **OPTADO POR NO PARTICIPAR Y DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN SENSIBLE, COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.**

Si desea optar por no compartir su información médica sensible con HealthInfoNet, por favor complete TODAS las secciones del siguiente formulario y envíelo por correo a HealthInfoNet a **60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260** o por fax al **207-541-9258**.

Alternativamente, si desea completar este formulario en línea, por favor visite: <https://map.hinfonet.org:8443/patientoptions/mhhivout>.

ELIJO NO COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE CON HEALTHINFONET

Entiendo que previamente he elegido compartir mi información médica sensible con HealthInfoNet y que solo si marco la casilla correspondiente a continuación revocaré mi divulgación previamente autorizada del (de los) tipo(s) de información especificada(s): información sobre salud mental y/o VIH. Si más tarde decide que desea incluir su información médica sensible en un registro de HealthInfoNet, puede completar un formulario de inclusión que se encuentra en línea: <http://hinfonet.org/for-patients>. Marque la casilla junto a su (s) elección(es):

Información de salud mental ☐ NO Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la salud mental.

Información sobre el VIH ☐ NO Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el VIH.

*Primer nombre**Segundo nombre**Apellido*

*Dirección**Ciudad**Estado**Código postal*☐ Masculino ☐ Femenino ☐ X

/ /

- -

*Género**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**Número de Seguridad Social (no requerido)*

*Número de teléfono (XXX-XXX-XXXX)**Dirección de correo electrónico*

Al firmar, entiendo que mi información médica sensible no estará disponible para los proveedores que utilicen HealthInfoNet.

Firma del paciente/tutor legal

/ /
Fecha (dd/mm/aaaa)