

ELECCIÓN DE METROCHICAGO HIE

UN MEJOR ACCESO A SUS REGISTROS PARA UNA MEJOR ATENCIÓN. Franciscan St. James Health ("St. James") **participa en el intercambio de información de salud de MetroChicago ("MetroChicago HIE") para hacer que la información del paciente esté disponible de forma electrónica para hospitales que participen, médicos y otros usuarios autorizados.** Esperamos que MetroChicago HIE brinde un acceso más rápido y más completo a su información de salud para que podamos tomar decisiones mejor informadas sobre su atención. St. James y otros participantes en MetroChicago HIE pueden compartir su información hasta el grado permitido por las leyes de privacidad para tratarle, solicitar el pago por su atención, cumplir con los requisitos legales (como información de salud pública) y llevar a cabo operaciones de atención médica incluyendo las evaluaciones de calidad y el desarrollo de los lineamientos clínicos de la atención. La información del paciente será divulgada a; utilizada por y transmitida a través de MetroChicago HIE y sus participantes y los usuarios autorizados para llevar a cabo estas actividades.

PARTICIPACIÓN EN METROCHICAGO HIE. Los proveedores de atención médica legalmente pueden utilizar y divulgar la mayor parte de su información de salud para operaciones de tratamiento, pago y atención médica (como se define en las leyes federales de privacidad y los reglamentos) sin su autorización específica. Esto puede incluir, pero no se limita a, información sobre VIH/SIDA, información sobre pruebas genéticas, información de salud mental o discapacidad del desarrollo (como el diagnóstico y medicamentos) ("Health Information"). A menos que usted decida retirarse de MetroChicago HIE, la información de salud puede estar disponible a través de la MetroChicago HIE. **No le negaremos el tratamiento si decide retirarse,** pero si lo hace, no podremos compartir su información de salud relevante con otros proveedores que participan en su atención a través de MetroChicago HIE.

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD. MetroChicago HIE está estructurado para cumplir con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad. El uso que le damos a MetroChicago HIE se limita a los usuarios autorizados que confirman que cumplen con estas leyes.

USTED PUEDE OPTAR POR MANTENER SU INFORMACIÓN COMO NO DISPONIBLE A TRAVÉS DE METROCHICAGO HIE. Al optar por retirarse de MetroChicago HIE no afectará que reciba atención médica. Si usted decide retirarse, MetroChicago impedirá el acceso a toda su información de salud a través de su sistema (que incluye información presentada por otros participantes en MetroChicago HIE) **incluso para el tratamiento de emergencia.**

CÓMO RETIRARSE Para retirarse, debe llenar este formulario y devolverlo. Se impedirá el acceso a su información proporcionada con anterioridad a MetroChicago HIE aproximadamente 24 horas después de que MetroChicago HIE reciba la notificación de exclusión y se aplicará a la información de todos los participantes y a otros usuarios autorizados. Si posteriormente decide revertir su opción de exclusión, la información del período durante el cual usted optó por excluirse puede estar disponible a través de MetroChicago HIE.

ELECCIÓN (por favor poner sus iniciales junto a su elección a continuación).

___ Me gustaría que St. James comparta mi información con MetroChicago HIE para que la utilice y divulgue nuevamente y otros participantes y usuarios autorizados en HIE MetroChicago para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Entiendo que puede incluir registros médicos y de facturación con mi nombre, edad, dirección, diagnóstico, resultados de pruebas, medicamentos y servicios proporcionados. **Si esto es una elección para revertir mi exclusión anterior,** entiendo las siguientes declaraciones y proporciono la información de identificación a continuación:

- Anteriormente, he elegido retirarme de MetroChicago HIE y completar un formulario de exclusión.
- Ahora he decidido revertir mi decisión de retirarme para que toda mi información de salud, incluyendo la información de salud de cuando había optado por retirarme de MetroChicago HIE, pueda estar disponible mediante MetroChicago HIE.
- Yo autorizo a St. James Health y MetroChicago HIE para revertir mi solicitud de exclusión anterior.
- Entiendo que puedo optar por retirarme nuevamente de MetroChicago HIE en el futuro al completar un formulario de exclusión de MetroChicago HIE que se puede obtener de cualquier participante MetroChicago HIE y al completar un nuevo formulario de Elección y consentimiento para St. James.

___ Decido **retirarme** de MetroChicago HIE. Entiendo las siguientes declaraciones y proporciono la información de identificación a continuación:

- He decidido retirarme, lo que significa que toda mi información médica no estará disponible a través de MetroChicago HIE, incluso en caso de emergencia. Más adelante puedo revertir mi decisión de retirarme con el propósito de poner a disposición mi información a través de MetroChicago HIE completando un formulario de reversión de exclusión de MetroChicago HIE de cualquier participante de MetroChicago HIE.
- Este formulario no está vigente con respecto a cualquier otro intercambio de información de salud.



ELECCIÓN METROCHICAGO HIE
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE QUE LO HAYA FIRMADO.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Correo electrónico
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (mes/día/año de 4 dígitos)	Género	Teléfono(s)	
Firma del paciente		Fecha	
Firma del representante personal del paciente (si se autoriza optar por excluirse en nombre del paciente)		Fecha	
Si el representante personal firmó, marque una de las siguientes opciones para describir la relación del representante personal con el paciente.			
<input type="checkbox"/> Padre o madre de paciente menor de edad <input type="checkbox"/> Tutor del paciente <input type="checkbox"/> Otros, explique: _____			

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Correo electrónico

Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Fecha de nacimiento (mes/día/año de 4 dígitos)	Género	Teléfono(s)	

Sólo para uso interno: procesado por _____