

**FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIE) /  
CANCELACIÓN DE UNA EXCLUSIÓN VOLUNTARIA ANTERIOR**

RWJBarnabas Health (RWJBH) participa en los Intercambios de información de salud (HIE). Un HIE es una forma de compartir su información de salud entre los proveedores de atención médica participantes, incluidos otros hospitales, a través de una red segura. Un HIE está diseñado para brindar a cada uno de sus proveedores participantes acceso rápido a la información más reciente sobre usted, con el fin de que su tratamiento sea más eficaz y eficiente. Su participación en los HIE en los que participa RWJBH es voluntaria y está sujeta a su derecho a excluirse. No es necesario que participe en un HIE para recibir atención de nuestra parte; sin embargo, tenga en cuenta que excluirse de un HIE no nos impide utilizar o compartir su información con otros proveedores de atención médica fuera del HIE, tal como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Complete este formulario para excluirse de los HIE de RWJBarnabas y de Care Everywhere. Si en cualquier momento desea revocar su decisión, puede volver a participar completando este formulario nuevamente e indicando a continuación que desea revocar su exclusión.

Envíe su formulario completado de una de las siguientes maneras:

- Por correo: **RWJBH Corporate HIM  
Data Integrity Department  
2 Crescent Place  
Oceanport, NJ 07757**
- Por correo electrónico: **DataIntegrity@rwjbh.org**
- En persona: entregue este formulario en la oficina de Gestión de información médica (HIM) del hospital o en el consultorio de su proveedor de RWJBH (*el formulario completado se enviará al Departamento de integridad de datos para su procesamiento*)

|                                  |                       |                                 |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Nombre del paciente              | Inicial del 2º nombre | Apellido                        |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) |                       | Dirección postal                |
| Número de teléfono               |                       | Dirección de correo electrónico |

☐ **EXCLUSIÓN VOLUNTARIA:** solicito que se excluya mi información médica de los HIE de RWJBarnabas y del HIE de Care Everywhere. Entiendo que esto significa que mis proveedores de atención médica que no pertenezcan a RWJBH no podrán obtener mi información médica a través de dichos HIE, incluso en caso de emergencia, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas para divulgar la información, y que aun así puedan obtener mi información por otros medios.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REVOCAR MI DECISIÓN DE EXCLUIRME (REINCORPORARME):** anteriormente, decidí excluirme de los HIE de RWJBarnabas y del HIE de Care Everywhere, y no permitir que mi información de salud estuviera disponible electrónicamente para mis otros proveedores (que no pertenecen a RWJBH). Ahora elijo participar (inscribirme) y cancelo mi decisión anterior, permitiendo que mi información médica de RWJBH se comparta electrónicamente a través de los HIE de RWJBarnabas y Care Everywhere.

Firma del paciente o del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si lo firma un representante legal autorizado y no el paciente, adjunte copias de la autorización legal y escriba en letra de molde el nombre del representante y su relación con el paciente \_\_\_\_\_