



Un Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, o “HIE”, en inglés) es una forma de compartir su información de salud entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención de la salud participantes a través de medios electrónicos seguros. El objeto de esto es que cada uno de sus proveedores de cuidados participante, cuando lo estén atendiendo, pueda tener el beneficio de la información más reciente disponible de parte de sus otros proveedores de cuidados participantes. Si usted se excluye de participar en el HIE, los doctores y enfermeras no podrán hacer búsquedas sobre su información de salud a través del HIE para usar cuando le presten tratamiento. Su médico u otros proveedores tratantes aun podrán seleccionar el HIE como un medio para recibir sus resultados de laboratorio, informes de radiología, y otros datos enviados directamente a ellos que en el pasado pudieran haber recibido por fax, correo u otras comunicaciones electrónicas. Los informes de salud pública, de acuerdo con leyes tales como las de reportar enfermedades infecciosas a funcionarios de salud pública, también ocurrirán por medio del HIE luego de que usted decida excluirse.

Para más información sobre excluirse o volver a unirse al HIE de CRISP, visite www.crisphealth.org, llame al 1-877-95-CRISP (27477), o envíe un correo electrónico a hie@crisphealth.org.

Este formulario sólo hay que llenarlo una vez para optar por no participar en el HIE; no es necesario llenar uno para cada prestador de servicios. Si no vive en el Distrito de Columbia ni en Maryland, pero continúa recibiendo atención en la región, deberá llenar este formulario para optar por no participar. Si desea revocar su decisión, puede optar por participar de nuevo en cualquier momento llamando al CRISP al 1-877-952-7477. Hay varias maneras para excluirse del Intercambio de Información de Salud del CRISP; por favor, seleccione una a continuación.

1. Visite el sitio web del CRISP en <http://www.crisphealth.org>
2. Llame al 1-877-952-7477
3. Envíe su formulario completo por fax al 443-817-9587
4. Envíe su formulario completo por correo a: CRISP, 7160 Columbia Gateway Drive, Suite 100, Columbia, MD 21046

Información del paciente que desea excluirse (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA clara)

Nombre*	Segundo nombre	Apellido*
Dirección, línea 1*		
Dirección, línea 2		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Número de teléfono principal*	Número de teléfono secundario	
Correo electrónico	Fecha de nacimiento*	Sexo (M/F/Otro)*

Me gustaría que me notifiquen de mi decisión sobre la participación de la siguiente manera (deben incluirse los datos de contacto en el formulario):

- Correo electrónico
 Llamada telefónica
 Carta
 Mensaje de texto
 No me notifiquen

Seleccione:

Optar por no compartir todo - Opte por no compartir su información por medio del intercambio de información de salud. Sus datos no estarán disponibles en una emergencia o para ninguno de los proveedores de atención médica.

Motivo de la exclusión (opcional): _____

Signature of Patient or Authorized Representative _____ Date _____

Si este formulario es firmado por alguien más que no sea la persona arriba nombrada, la persona que firma el formulario certifica por medio del presente que él/ella está actuando en capacidad de: (MARQUE UNO)

Padre Tutor Legal Otro (Especificar): _____

Información de contacto para el individuo que completa este formulario se trata de alguien que no sea e paciente:

Nombre	Número de teléfono
*REQUIRED	