



SACVALLEY MEDSHARE

El Intercambio de Información de la
Salud para Valle Central Norte de
California

Información de Salud Cambio de Opt -Out Request Form

MR#:

Nombre Del Paciente:

DOB:

Health Information Exchange (HIE) es el intercambio de información de salud por vía electrónica a través de las organizaciones . SacValley MedShare (SVMS) opera una red HIE entre regiones SVMs y participa en varias redes HIE con otros proveedores de atención médica fuera de SVMS y puede compartir su información médica electrónicamente con otras organizaciones, como los departamentos de salud pública , planes de salud , proveedores de salud , y otros participantes . El intercambio de información por vía electrónica es una manera más rápida de compartir su información de salud con proveedores de cuidado de la salud que tratan a usted. Por ejemplo, si usted va a una sala de emergencias de un hospital que participa en la misma red HIE como SVMS , los médicos de la sala de emergencias sería capaz de acceder a su información de salud SVMS para ayudar a tomar decisiones de tratamiento para usted. Los participantes están obligados HIE como SVMS para cumplir normas que protegen la privacidad y seguridad de su.

Si usted no desea que su información de salud compartida a través de una red de HIE , por favor complete este formulario y devuélvalo a la siguiente dirección. Al completar este formulario , usted solicita que SVMS no compartir su información de salud electrónica a través de la información sobre salud Intercambio con otras regiones u organizaciones externas . En este momento, si decide optar por el intercambio de información , ninguna de su información será compartida a través de una red SVMS HIE . , Incluso en caso de emergencia . En otras palabras, la exclusión voluntaria es un "todo o nada " concepto absoluto. Una solicitud de optar por un HIE será efectivo aproximadamente cinco (5) días hábiles después de la recepción por SVMS , y no se aplicará a cualquier información enviada a través de la HIE o intercambiados con otros participantes en una red HIE antes de esa fecha . Usted es libre de optar de nuevo en cualquier momento completando un formulario de Revocación de Exclusión que se puede obtener a partir de Servicios a los Miembros o descargar desde.

Una forma separada debe ser completado por cada miembro de la familia que deseen participar. Por favor, complete todos los campos de abajo requeridos para el procesamiento preciso. Imprimir legible con un bolígrafo negro.



SACVALLEY MEDSHARE

El Intercambio de Información de la
Salud para Valle Central Norte de
California

Información de Salud Cambio de Opt -Out Request Form

MR#:

Patient Name:

DOB:

Nombre Apellido

DOB

Dirección postal (dirección, ciudad , estado, código postal)

Telephone Number

Medical Record Number

Firma (Requerido)

Fecha

Imprimir Autorizado Nombre del Representante

Relación con el Paciente

Por favor envíe el formulario completado a :
SacValley MedShare, 1448 Esplanade, Chico CA 95926