# Formulario de Intercambio de Información de Salud: Solicitud de Devolución

Este formulario es para pacientes de Thundermist Health Center que anteriormente eligieron no participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE) y ahora quieren volver a unirse al programa. A esto se le llama "volver a participar". Por favor, lea atentamente la siguiente información antes de rellenar y enviar el formulario.

Un Intercambio de **Información de Salud (HIE, por sus siglas** en inglés) es un sistema seguro en línea que permite a los proveedores de atención médica, como médicos, hospitales y laboratorios, compartir su información de salud. Este sistema ayuda a sus proveedores de atención médica a mantenerse actualizados sobre su historial médico, lo que mejora la atención y la toma de decisiones. Para obtener más información sobre el programa HIE en Rhode Island, visite https://health.ri.gov/projects/healthinformationexchange.

Thundermist comparte y recibe su información de salud con otros proveedores a través del HIE, siguiendo estrictas reglas de privacidad y seguridad para mantener sus datos seguros. Si optó por no participar antes, su información de salud no se compartió electrónicamente con otros proveedores. Al volver a participar, permite que su información de salud se vuelva a compartir de forma segura, lo que ayuda a mejorar la forma en que se coordina su atención. Tenga en cuenta que no se pueden realizar cambios en su consentimiento en nuestro sistema sin documentación escrita firmada por usted o su representante autorizado.

**Cómo volver a participar**

Para volver a unirse al programa HIE, complete este formulario y marque la casilla "Opt Back In". Puede enviar el formulario utilizando cualquiera de estas opciones:

- **Déjalo** en cualquier ubicación del Centro de Salud Thundermist.
- **Envíelo por correo electrónico** a: medicalrecords@thundermisthealth.org
- **Envíelo por correo** a: Thundermist Health Center25 John A. Cummings WayWoonsocket, RI 02895Attn: Medical Records Dept.
- **Envíelo por fax** a: 401-235-6896

Una vez recibida, su solicitud se procesará en un plazo de **cinco días hábiles**.

**Información para el paciente**
Por favor, rellene los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| Nombre completo | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | |
| Dirección | |
| Número de teléfono | |
| Dirección de correo electrónico (opcional) | |

☐ **Optar por volver a participar**: Anteriormente elegí no compartir mi información de salud a través del HIE, lo que significaba que mi información de salud no estaba disponible electrónicamente para otros participantes. Al optar por volver a participar, acepto permitir que mi información de salud se comparta de forma segura a través del HIE. Entiendo que esta decisión permitirá que mis proveedores de atención médica accedan a mi información de salud, mejorando la coordinación y la calidad de mi atención.

**Firma**
Al firmar a continuación, confirmo que he tomado una decisión informada sobre volver a unirme al programa HIE.

| | |
|---|---|
| Firma del Paciente/Representante Autorizado | |
| Si es un representante autorizado, relación con el paciente | |
| Fecha | |

**STAFF USE ONLY**

Received by_____
*STAFF NAME (PRINT CLEARLY)*

Date Processed_____