



## **Solicitud de exclusión voluntaria del formulario de intercambio de información de salud**

Este formulario es para pacientes de Thundermist Health Center que no desean que Thundermist comparta su información de salud a través del Intercambio de Información de Salud (HIE), también llamado "optar por no participar".

Un intercambio de **información de salud** es un sistema seguro en línea que permite a los proveedores, como médicos, farmacéuticos, 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 Health Center 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 decide excluirse, su información de salud ya no se compartirá electrónicamente. Sin embargo, tenga en cuenta lo siguiente:

- Su información aún puede ser compartida en emergencias, con las autoridades de salud pública, con los planes de salud para administrar la atención, para informes de calidad o si lo exige la ley.
- Los proveedores de atención médica aún pueden acceder a su información utilizando métodos no electrónicos como fax o correo.
- 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 optar por no participar: Si desea optar por no participar, complete este formulario y marque la casilla "Optar por no participar". Envíe el formulario utilizando uno de estos métodos:**

- Déjalo en cualquier ubicación del Centro de Salud Thundermist.
- Envíalo por correo electrónico a [medicalrecords@thundermisthealth.org](mailto:medicalrecords@thundermisthealth.org)
- Envíelo por correo a:  
**Centro de Salud Thundermist 25 John A. Cummings Way Woonsocket, RI 02895 Attn:  
Departamento de Registros Médicos**
- Envíelo por fax al **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:

<b>Nombre complete</b>	
<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Número de teléfono</b>	
<b>Dirección de correo electrónico (opcional)</b>	

**Exclusión:** Solicito que Thundermist Health Center deje de compartir mi información de salud a través del Intercambio de Información de Salud (HIE). Entiendo que mi información no se compartirá con proveedores de atención médica ni participantes de HIE, excepto según lo exija la ley.

**Firma: Al firmar a continuación, confirmo que entiendo mi decisión de optar por no participar en el HIE.**

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

<b>STAFF USE ONLY</b>
Received by _____ <i>STAFF NAME (PRINT CLEARLY)</i>
Date Processed _____