

# Intercambio de información sobre la salud

## Formulario de exclusión



El presente formulario es para pacientes que no desean participar en el intercambio de información de salud electrónico, conocida como Central Coast Health Connect (CCHC).

Un intercambio de información sobre la salud (HIE, por sus siglas en inglés) es una manera de compartir su información de salud entre los consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología, y demás proveedores de cuidados de salud participantes a través de medios electrónicos seguros. Este sistema brinda a los proveedores de cuidados participantes la información más reciente disponible por parte de sus otros proveedores de cuidados cuando toman decisiones acerca de su atención. Si usted opta por no participar en CCHC, su médico y otros proveedores de cuidados aún podrán usar el sistema para hacer que se les envíen sus resultados de laboratorio, sus informes radiológicos, y otros datos; previamente, esta información la podrían haber recibido por fax, correo u otra forma de comunicación electrónica. **Optar por la exclusión solo restringe que se comparta información entre proveedores.** Cuando resulte aplicable, y de conformidad con las leyes, la divulgación requerida de enfermedades infecciosas a funcionarios de la salud pública también tendrá lugar a través del HIE, incluso si usted opta por la exclusión.

Para optar para ser excluido del HIE, complete este formulario; no es necesario completar un formulario por cada proveedor. Si usted no vive en el condado de Monterey, pero recibe cuidados en el Condado de Monterey, debería completar este formulario para solicitar la exclusión. Si desea revertir su decisión, puede hacerlo en cualquier momento llamando al (831) 644-7494. Por favor, recuerde: Los pedidos de exclusión se procesarán dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles.

Envíe el formulario firmado y completado a: **CCHC Help Desk, 10 Ragsdale Drive, Suite 200, Monterey, CA 93940.**  
O escanee y envíe por correo electrónico el formulario firmado a [cchc-help@centralcoasthealthconnect.org](mailto:cchc-help@centralcoasthealthconnect.org) o envíelo por fax al (831) 644-7451.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE QUE SOLICITA LA EXCLUSIÓN (escriba claramente en letra de imprenta)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nro. teléfono principal ( ) \_\_\_\_\_ Nro. teléfono alternativo ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Razón por la que se solicita la exclusión (opcional) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si este formulario es firmado por una persona distinta de aquella mencionada precedentemente, la persona que firma el formulario certifica por el presente que actúa en carácter de:

Padre  Tutor legal  Otro (especificar relación)

Información de contacto para el individuo que completa este formulario, de ser una persona distinta del paciente:

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Nro. teléfono ( ) \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_