Texas Children's

TEXAS CHILDREN'S

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN PARA EL INTERCAMBIO ELCTRÓNICO DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los pacientes tienen derecho a solicitar una restricción en la divulgación de información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Todas las solicitudes a Texas Children's para una restricción deben ser por escrito e incluir la información documentada en este formulario. Adjunte copias de cualquier otro documento relevante que pueda respaldar la restricción. Si el paciente es un menor de edad, el representante legalmente autorizado (por ejemplo, padre/madre) debe hacer la solicitud. Texas Children's no está obligado a aceptar todas las solicitudes. Texas Children's revisará cada solicitud, pero se reserva el derecho de denegar la solicitud según lo establece la ley federal. Ninguna restricción es efectiva hasta que reciba confirmación por escrito de Texas Children's.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Teléfono:** _____

Restricción solicitada para el intercambio electrónico de información médica protegida

☐ **Intercambio de información médica por medio de Care Everywhere:** Solicito que mi información médica no se comparta electrónicamente por Texas Children's a través de Epic Care Everywhere con todos los proveedores de atención médica involucrados en mi atención que participan o están conectados a través de Epic Care Everywhere. Entiendo que la información médica completa, incluido el perfil de medicamentos del paciente, alergias y reacciones adversas, puede no estar disponible en el momento de la atención y el tratamiento en otra instalación de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.

☐ **Recepción de información médica por medio de Care Everywhere:** Solicito que mi información médica no se reciba electrónicamente por Texas Children's a través de Epic Care Everywhere con todos los proveedores de atención médica involucrados en mi atención que participan o están conectados a través de Epic Care Everywhere. Entiendo que la información médica completa, incluido el perfil de medicamentos del paciente, alergias y reacciones adversas, puede no estar disponible en el momento de la atención y el tratamiento en otra instalación de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.

☐ **Health Information Exchange (HIE):** Solicito que mi información médica no se comparta electrónicamente por medio del Health Information Exchange con todos los proveedores de atención médica involucrados en mi atención que participan o están conectados al HIE. Entiendo que la información médica completa, incluido el perfil de medicamentos del paciente, alergias y reacciones adversas, puede no estar disponible en el momento de la atención y el tratamiento en otra instalación de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.

☐ **EpicCare Link:** Solicito que mi información médica no se comparta electrónicamente por medio de EpicCare Link con todos los proveedores de atención médica involucrados en mi atención que participan o están conectados a través de EpicCare Link. Entiendo que la información médica completa, incluido el perfil de medicamentos del paciente, alergias y reacciones adversas, puede no estar disponible en el momento de la atención y el tratamiento en otra instalación de atención médica. Esto incluye situaciones de atención médica de emergencia.

Restricción solicitada para otro tipo de intercambio electrónico de información médica protegida

☐ **Otro, por favor proporcione una descripción de la información que se debe restringir:** _____

Describa cómo le gustaría restringir el uso y/o la divulgación de su información médica: _____

_____

_____

Entiendo que cualquier información que se haya compartido antes de la fecha en que se procesa este formulario seguirá disponible para los proveedores que soliciten acceso.

Una solicitud para restringir el acceso a información médica protegida, si se aprueba, será efectiva entre 5 y 7 días hábiles después de su recepción por la Health Information Management Office. Entiendo si mi solicitud es aceptada, Texas Children's puede hacer la restricción solo en la medida permitida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico o HIPAA (45 CFR Partes 160 y 164).

Puedo optar por volver a participar en Care Everywhere, Health Information Exchange, EpicCare Link en cualquier momento para que mi información de salud pueda ser compartida con otros proveedores de atención médica. Para optar por participar en el intercambio electrónico de su información médica, comuníquese con la Health Information Management Office de Texas Children's, en releinfo@texaschildrens.org; envíe un fax al 832-825-9056; o llame al 832-824-1600.

Por este medio, Texas Children's queda exento de responsabilidad legal o de responsabilidad por la divulgación de los expedientes previamente autorizados para su divulgación. También entiendo que puedo revocar esta solicitud de exclusión voluntaria por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que se haya actuado basándose en esta autorización), enviando una notificación por escrito a la Health Information Management Office de Texas Children's.

Certifico que soy el paciente o el representante legalmente autorizado (por ejemplo, padre/madre) del paciente.

_____ **Fecha:** _____

Firma del representante legalmente autorizado

_____ _____

Nombre del representante legalmente autorizado en letra de imprenta **Parentesco con el/la paciente**

Devuelva este formulario completo a la Health Information Management Office de Texas Children's a través de releinfo@texaschildrens.org; por fax al 832-825-9056; por teléfono al 832-824-1600.