



## **La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) Formulario de Optar No**

Actualizado 09/30/19

La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) ahora conocida como el NC HealthConnex maneja el intercambio electrónico de información de salud del estado de Carolina del Norte. NC HealthConnex es una red electrónica segura que permite a los proveedores médicos participantes compartir su información de salud entre ellos. Esto permite a médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores de la salud tener acceso a información médica importante sobre usted la cual puede asistirlos en la toma de decisiones médicas críticas.

### **Su Historial Clínico**

Su expediente clínico en el NC HealthConnex incluirá información sobre sus medicaciones, alergias, resultados de laboratorios, y cualquier otra información recopilada durante sus visitas médicas. Su expediente también incluirá sus datos demográficos para ayudar a identificarlo cuando usted visite a otros proveedores de salud en todo el estado. Este expediente no incluirá información sobre usted que la ley federal prohíbe compartir sin su autorización expresa, como lo son notas de psicoterapia y registros de tratamiento de abuso de sustancias controladas.

### **Beneficios de la Red NC HealthConnex**

¿Qué significa participar de la red NC HealthConnex? Como paciente, significa tener la tranquilidad de poder visitar la oficina de un nuevo proveedor de atención médica si este es participante de la red de NC HealthConnex. Si su información ha sido previamente enviada al sistema, su nuevo proveedor podrá acceder a sus datos inmediatamente. Esto significa que usted y su proveedor pueden dedicar menos tiempo repasando su historial médico y más tiempo en su tratamiento.

La participación en la red NC HealthConnex es de suma importancia si usted tiene que visitar una sala de emergencia de un hospital participante y no puede proporcionar información crítica sobre su estado de salud actual al personal médico, incluyendo sus diagnósticos, medicamentos y alergias.

### **¿Quién Puede Ver Mi Expediente Clínico?**

Solo los proveedores de salud participantes y otras entidades cubiertas por la ley HIPPA (por sus siglas en inglés) las cuales han firmado contratos con el estado de Carolina del Norte HIEA podrán acceder a su información médica a través de NC HealthConnex. Sus datos de NC HealthConnex también pueden proporcionarse a terceros que hayan suscrito contratos con el NC HIEA con fines limitados. (Por ejemplo, con el Departamento de Salud Pública de Carolina del Norte para el registro de inmunizaciones.) Estos contratos aseguran que toda información relevante a privacidad, estatutos y regulaciones son practicados en relación de cómo se comparte y examina su información de salud. El NC HIEA también tiene la facultad de auditar como se utiliza su expediente clínico por parte de cada participante y terceros; esto para asegurarse que su uso es conforme con la ley,

### **Su Derecho de No Participar de NC HealthConnex**

Usted tiene el derecho de no participar del programa para que su información no sea compartida con otros proveedores a través de NC HealthConnex. Si usted decide no participar, llene el formulario en la página siguiente y envíelo a NC HIEA. La exclusión voluntaria de la NC HealthConnex no afectará negativamente su tratamiento médico y no puede ser discriminado si decide optar por no participar en el programa. Sin embargo, su información puede ser compartida como lo requiere o permite la ley, por ejemplo, para propósitos de salud pública.

**Si usted es un menor de 18 años y no ha pasado por el proceso legal para ser emancipado, debe tener un padre o tutor legal para firmar el formulario de optar no.**

**Si la información que proporciona a NC HIEA en un formulario de optar no cambia (por ejemplo, su nombre o dirección cambia), deberá enviar un nuevo formulario a NC HIEA para garantizar que se aplique su exclusión voluntaria a toda su información.**



La información presentada no es un consejo legal y no se debe actuar como tal, puede no estar actualizada y está sujeta a cambios sin previo aviso.

**La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA)  
Formulario de Optar No**

Por favor de elegir la casilla apropiada, completar el formulario y enviar a:

**NC HIEA, 4101 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-4101**

**Por favor, incluya una dirección postal de retorno en el sobre de correo.**

**Darse de Baja: NC HIE no puede compartir mi información de salud**

Al completar y firmar este formulario, certifico que he sido notificado de los beneficios del intercambio de información de Salud de Carolina del Norte y de mi derecho de optar por no tener mis datos compartidos entre los proveedores de atención de la salud a través de la red de NC HealthConnex. También entiendo que mi información médica personal puede ser accedida y usada en ciertas circunstancias, de conformidad con la ley HIPPA y leyes de Carolina del Norte, tales como reportes de amenazas contra la salud pública. **Entiendo que la información proporcionada no es asesoramiento legal y no voy a mantener indemne a la Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte por las consecuencias directas e indirectas de no participar.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre el letra de molde

**Rescindir Darse de Baja: Solicito de que mi decisión anterior sea terminada.**

Al completar y firmar este formulario, estoy permitiendo que mi información médica sea accesible a mis proveedores de cuidados de la salud a través de la red NC HealthConnex según lo permitido o requerido por el estado de Carolina del Norte o la ley federal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

**Por favor complete todos los siguientes campos para el paciente que solicita la exclusión o rescisión de exclusión. Los formularios incompletos no serán procesados.**

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_



Dirección Residencial

---

Ciudad	Estado	Código Postal
_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	_____ Sexo	_____ Correo Electrónico
(____)_____ Teléfono Primario		(____)_____ Teléfono Secundario

---

Dirección Postal

---

Ciudad	Estado	Código Postal
_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	_____ Sexo	_____ Correo Electrónico
(____)_____ Teléfono Primario		(____)_____ Teléfono Secundario