

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE CARE EVERYWHERE®
CARE EVERYWHERE® OPT-OUT REQUEST**

Las leyes federales y del estado permiten que las organizaciones de atención médica revelen gran parte de su información médica, sin su permiso por escrito, para propósitos relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esta información puede revelarse a organizaciones de atención médica externas o profesionales de atención médica con los que tenga una relación de tratamiento establecida. Estas organizaciones y personas pueden pedir la información médica por vía electrónica, para la continuidad de la atención, a Yale New Haven Health (YNHH) o Yale Medicine (YM) (colectivamente, "nosotros" o "nuestro"), y a cualquier organización que autoriza el uso de nuestro expediente médico. El intercambio electrónico de la información médica para esos propósitos de tratamiento es útil para transmitir información de manera segura y eficiente sin demoras.

Nuestras organizaciones usan un módulo de intercambio electrónico en el expediente médico llamado Care Everywhere, que está disponible para todas las organizaciones de atención médica que usan el sistema de expediente médico electrónico de Epic. La mayor parte de la información médica se incluye automáticamente en Care Everywhere a menos que pida que se excluya. Puede haber ciertos expedientes que no estén incluidos en Care Everywhere debido a más requisitos de restricción.

Para excluirse y excluir su información médica de Care Everywhere, complete este formulario y envíelo por medio de uno de los siguientes métodos que se describen abajo. Puede cambiar esta decisión en cualquier momento.

Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Teléfono

Exclusión: pido que se excluya mi información médica de Care Everywhere.

- Entiendo que al excluirme de Care Everywhere, otras organizaciones de atención médica y profesionales de atención médica no podrán obtener mi información médica de manera electrónica por medio de Care Everywhere, excepto en la medida en que ya se tomaron medidas para revelar información antes de recibir esta solicitud de exclusión.
- Entiendo que los profesionales de atención médica que me tratan aún pueden obtener la información de tratamiento por otros medios, como pedir copias de mis expedientes al Departamento de Administración de Información Médica o al Departamento de Expedientes Médicos.
- Entiendo que YNHH o YM no pueden "bloquear" el acceso a mi expediente médico a profesionales de atención médica o a personas que usan nuestro registro médico electrónico.
- Entiendo que esta solicitud de exclusión es voluntaria y mi tratamiento en esta organización no está condicionado de ninguna manera a que firme este formulario.
- Entiendo que esta solicitud de exclusión solo se aplica a la información que Yale New Haven Health o Yale Medicine crean; si quisiera excluirme de Care Everywhere en otro centro médico externo que use el expediente médico de Epic, debo comunicarme con la oficina de privacidad de esa organización.

Revertir mi exclusión anterior: Previamente opté por no participar en Care Everywhere y el intercambio electrónico de mi información médica con organizaciones y profesionales de atención médica externos. Ahora elijo participar (incluirme) y permito que mi información se comparta por medio de Care Everywhere con organizaciones de atención médica externas. Al marcar esta casilla y firmar este formulario, revoco mi solicitud anterior de excluir mi información médica de Care Everywhere.

Firma del paciente o del representante autorizado**

Fecha

Si no es paciente, indique la relación:

****Debe entregar prueba de autoridad legal (excepto los padres de un menor)**

Envíe este formulario a:

Para solicitudes de Yale New Haven Health:

Correo electrónico: Privacy@ynhh.org

Correo: Atte.: Office of Privacy and

Corporate Compliance

300 George Street, 4^o piso

New Haven, CT 06511

Teléfono: 203-688-8416

Para solicitudes de Yale Medicine:

Correo electrónico: HIPAA@yale.edu

Atte.: HIPAA Office

P.O. Box 208255

New Haven, CT 06520

Teléfono: 203-432-5919



YHS000515

Página 1 de 2

**Translated versions are not part
of the legal medical record – Patient copy only.**

YHS000515_Spanish (N 01/23)

Resides on OPCC website

Resides in yale.edu website – <https://hipaa.yale.edu/policies-procedures-forms>

Servicios de interpretación (si es necesario): un intérprete facilitó la comunicación entre los proveedores de atención médica y el paciente o representante autorizado del paciente en _____ (idioma) para ayudar a obtener el consentimiento informado o compartir/reconocer la información.

El intérprete transmitió el contenido de la información original expresada por y para ambas partes.

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____

Marque aquí si respondió: Por teléfono Por video Presencial Personal aprobado del Programa de Competencias Bilingües

Número de identificación (solo si fue por teléfono/video): _____

Nombre del intérprete en letra de molde

Firma del intérprete (solo si fue de manera presencial)