



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD INDIVIDUAL

(PATIENT CONSENT FOR ELECTRONIC EXCHANGE OF INDIVIDUAL HEALTH INFORMATION)

POR FAVOR LEA AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO

Sharp HealthCare se enorgullece de participar en San Diego Health Connect (Conexión de Salud en San Diego), el intercambio de información médica de la comunidad. Este intercambio electrónico privado y seguro, le permite a los prestadores de cuidados en Sharp ver fácilmente y al instante el historial de salud del paciente de una serie de proveedores de atención médica, resultando en un archivo médico más completo y actualizado.

El intercambio está diseñado para mejorar aún más su experiencia del cuidado de la salud, mediante la reducción de la probabilidad de someterlo a pruebas y procedimientos redundantes, y reduciendo su responsabilidad de rastrear y trasladar sus documentos médicos a cada uno de sus doctores. Para hacer que sus archivos médicos de Sharp estén disponibles a través de San Diego Health Connect, por favor llene el siguiente formulario de consentimiento.

La firma de este formulario le permite a Sharp HealthCare compartir TODA la información de salud electrónica del paciente que no esté restringida, con personal de atención médica externo que este proporcionando al paciente tratamiento médico. Este consentimiento incluye información de salud creada antes y después de la fecha en que el formulario es firmado.

- Este consentimiento permite la visualización y el intercambio de información de salud electrónica-disponible del paciente, que no este de otra manera restringida, incluyendo pero no limitado a resultados de laboratorio e imagines, medicamentos, alergias, reacciones conocidas a medicamentos, diagnósticos, procedimientos e inmunizaciones.
- Este consentimiento permite a Sharp HealthCare compartir información del paciente con el Registro de Inmunizaciones de San Diego (San Diego Immunization Reistry), autoridades de salud pública relacionadas y otros registros vinculados, de acuerdo con las Leyes Estatales y Federales
- Este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento, llenando un formulario de exclusión en www.sharp.com/healthconnect. La información de salud electrónica que ya haya sido compartida no puede ser devuelta.





POR FAVOR VERIFIQUE:

I GIVE MY CONSENT FOR que Sharp HealthCare comparta mi información de salud electrónica no restringida, a través de la/las organización(es) de información de salud que me proporcionarán con cualquier servicio de cuidado de la salud, incluyendo cuidados de emergencia.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en este formulario a “yo” o “mi” se refieren al paciente.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Hora

Fecha

Imprima el Nombre del Paciente

Si firma otra persona que no sea el paciente, imprima el nombre e indique la relación:

Imprima el Nombre del Representante Autorizado

Relación

Dirección del Representante Autorizado que firma este formulario (por favor imprima):

Calle/Apartado Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono del Representante Autorizado que firma este formulario:

() - _____

**Por favor entregue el formulario complete al
Departamento de Administración de Información de Salud/Archivos Médicos
en cualquier hospital de Sharp u oficina medica de Sharp Rees-Stealy.**



SHC-MR-3887