

Este formulario debe ser utilizado por los pacientes que no deseen participar en CMH Clinical Data Exchange (intercambio de datos clínicos de CMH) (incluye los datos clínicos de los servicios hospitalarios de Meditech y los servicios clínicos de Allscripts).

Los servicios de intercambio de datos clínicos de Community Memorial Healthcare ("CMH Clinical Data Exchange") le permiten autorizar que su información médica sea compartida por grupos médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. El objetivo de CMH Clinical Data Exchange es proporcionar a cada uno de sus proveedores participantes la ventaja de tener acceso a toda la información médica que estos mantienen sobre usted cuando le prestan asistencia médica.

Su participación en CMH Clinical Data Exchange es voluntaria y está sujeta a su derecho a excluirse. La recepción de tratamiento o la cobertura del plan de salud para el tratamiento no estarán condicionadas a que usted decida ejercer este derecho.

A menos que decida excluirse, cualquier proveedor de atención médica autorizado que participe en CMH Clinical Data Exchange, o que sea miembro de un intercambio de información médica conectado a un servicio de CMH Clinical Data Exchange, podrá acceder electrónicamente y compartir su información médica a través de CMH Clinical Data Exchange, tal y como se establece a continuación.

- La información médica que se compartirá a través de CMH Clinical Data Exchange incluirá información médica anterior a la incorporación de CMH a Providence Clinical Data Exchange y puede incluir información relacionada con el tratamiento que haya recibido de cualquier proveedor que esté conectado, directa o indirectamente, a un servicio de CMH Clinical Data Exchange, incluidos los proveedores de otros estados.
- La información médica que se compartirá a través de CMH Clinical Data Exchange incluye información sobre sus diagnósticos, resultados de pruebas (como radiografías o análisis de laboratorio) y medicamentos que se le han recetado. Dicha información también puede incluir información médica que pueda considerarse especialmente sensible para usted, como: información sobre salud mental; información sobre el VIH/SIDA y resultados de pruebas; información genética y resultados de pruebas; tratamiento de ETS y resultados de pruebas, e información sobre planificación familiar.
- La información médica que se pone a disposición de CMH Clinical Data Exchange puede ser utilizada por los participantes de CMH Clinical Data Exchange con fines terapéuticos. Los servicios de CMH Clinical Data Exchange pueden utilizar además su información médica y ponerla a disposición de otros intercambios de información médica y sus participantes, para actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; sin embargo, dichas divulgaciones por parte de un servicio de CMH Clinical Data Exchange a otro intercambio de información médica solo se permitirán de conformidad con la legislación aplicable y la información que se divulgue no incluirá los resultados de pruebas de VIH, registros de salud mental/conductual y resultados de pruebas genéticas/hereditarias.

**Al firmar este formulario, RECONOZCO y ACEPTO lo siguiente:**

1. Solicito que no se comparta ninguna de mi información médica a través de los servicios de CMH Clinical Data Exchange. Esto incluirá situaciones de atención de emergencia. Si anteriormente di mi consentimiento para que mi información médica se compartiera a través de los servicios de CMH Clinical Data Exchange, al firmar este formulario de exclusión voluntaria revoco dicho consentimiento.
2. Incluso si me excluyo firmando este formulario, la información relacionada con la atención que haya recibido en cualquier centro de salud de CMH seguirá siendo accesible a través de los servicios de CMH Clinical Data Exchange con fines de tratamiento para los proveedores participantes que me presten atención; sin embargo, dicha información no se divulgará a

**Formulario de exclusión voluntaria de los servicios de intercambio de datos clínicos**



través de CMH Clinical Data Exchange y no se podrá acceder a la información médica de mis otros proveedores a través de CMH Clinical Data Exchange. Servicio de intercambio de datos, pero el servicio CMH Clinical Data Exchange no permitirá que se vea dicha información médica, excepto en los casos descritos anteriormente en relación con la información médica del hospital.

- 3. Esta solicitud de exclusión voluntaria solo se aplica al intercambio de información médica a través de CMH Clinical Data Exchange, y mis proveedores de atención médica pueden tener acceso a mi información médica mediante otros métodos, como fax, teléfono, correo electrónico o correo postal.
- 4. Puedo optar por volver a participar en CMH Clinical Data Exchange en cualquier momento para que mi información médica pueda compartirse a través de CMH Clinical Data Exchange. Para volver a participar en CMH Clinical Data Exchange, debo enviar un formulario de solicitud de exclusión voluntaria de los servicios de intercambio de datos clínicos debidamente cumplimentado al Departamento de Gestión de Información Médica de CMH, a la dirección que figura al final de este formulario.
- 5. Entiendo que cualquier información que se haya compartido a través del Intercambio de Datos Clínicos de CMH antes de la fecha en que se procese este formulario puede permanecer en poder de los proveedores que hayan accedido a dicha información.
- 6. El procesamiento de este formulario de exclusión y la suspensión del intercambio de mi información médica a través de los servicios de CMH Clinical Data Exchange pueden tardar entre 2 y 5 días hábiles a partir de la recepción.

**Seleccione una opción  Soy el paciente  Soy el representante legal del paciente**

Apellido del paciente*	Nombre de pila*	Inicial del segundo nombre
Nombre anterior o apodos	Fecha de nacimiento del paciente*	Número de teléfono principal*
Correo electrónico	Sexo (M/F)	Número de teléfono secundario
Dirección postal*	Ciudad*	Estado* Código postal*

\*Información obligatoria

Firma del paciente (o de su representante legal) \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 años, firma del padre, madre o tutor

Nombre del representante legal\* \_\_\_\_\_

Relación del representante legal con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono del representante legal \_\_\_\_\_

**Departamento de Registros Médicos de Community Memorial Healthcare**  
147 North Brent Street Ventura, CA      Teléfono 805-948-4036 Fax 805-948-5649  
ROIrequest@mycmh.org  
mycmh.org/patients-visitors/medical-records/