



PLACE PATIENT LABEL HERE
(COLOQUE AQUÍ LA ETIQUETA
DEL PACIENTE)

**EPIC CARE EVERYWHERE DE UI HEALTH
FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DEL PACIENTE**

El Sistema de Hospital y Ciencias de la Salud de la Universidad de Illinois (University of Illinois Hospital & Health Sciences System, UI Health) participa en el Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchanges, HIE) a través de Epic Care Everywhere que permite a las organizaciones y a los proveedores que no pertenecen a UI Health acceder a su información médica electrónica. Esta información se comparte a través de medios electrónicos seguros y permiten que dichos proveedores tengan disponible la información más reciente para tratarlo como paciente.

Puede optar por excluirse si no desea que su información médica se comparta con su(s) proveedor(es) mediante Epic Care Everywhere. Si se excluye, también tiene el derecho de volver a participar en cualquier momento al completar este formulario.

Información del paciente (Todas las secciones son obligatorias, escriba en letra de imprenta clara.)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

- Pedido de exclusión.** Solicito que mi información médica se excluya de Epic Care Everywhere.
- Comprendo que esto significa que otros proveedores de atención médica no podrán obtener mi información médica mediante Epic Care Everywhere. Mis proveedores de atención médica aún pueden obtener mis registros médicos mediante otros métodos.
 - Comprendo que cualquier información que haya sido compartida mediante Epic Care Everywhere anteriormente permanecerá disponible para los proveedores que tienen acceso.
 - También comprendo que, en casos de emergencia médica, mi proveedor puede solicitar ver mi información médica para diagnosticar o tratar mi afección de emergencia médica y UI Health pondrá a disposición mis registros médicos a Epic Care Everywhere bajo esas circunstancias.
- Pedido para cancelar/rescindir la exclusión.** Solicito la cancelación de mi decisión previa de exclusión. Al completar y firmar este formulario, permito que mi información médica se comparta con mis proveedores de atención médica mediante Epic Care Everywhere según lo permita o requiera UI Health o la legislación federal/estatal.

Presente el formulario completo y firmado:

- Por correo postal: HIM Department/Privacy Office, 833 South Wood Street, Suite B-52, Chicago, IL 60612, MC 772
- Por fax: 312-413-8014
- Por correo electrónico: privacyoffice@uic.edu

Espere hasta dos (2) días hábiles después de la recepción para que el formulario sea procesado. Si tiene preguntas, llame al 312-355-5650 durante el horario de atención (lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.).

_____/_____
Firma del paciente o del representante personal **Fecha/Hora (Obligatorio)**

Relación con el paciente si firma otra persona que no sea el paciente

_____/_____
Firma del testigo **Fecha/Hora (Obligatorio)**

UI HEALTH STAFF ONLY (Sólo Para Uso Personal de UI Health):

Date Received (Fecha Recibida): _____

Processed By (Procesado Por): _____

