FORMULARIO PARA NO PARTICIPAR O REGRESAR

EN LA RED DE PACIENTES Y PROVEEDORES DE PENSILVANIA (P3N)

P3N PA PATIENT & PROVIDER NETWORK
PRIVATE & PROTECTED

INSTRUCCIONES

PASO #1 - Lea el material en la parte de atrás de este formulario antes de completarlo.

PASO #2 - Llene la Sección 1 para optar por no participar en la red **O** la Sección 2 para volver a participar en la red P3N. Coloque sus iniciales para indicar que ha leído y entiende cada una de las declaraciones de las secciones 1 o 2.

PASO #3 - Llene **TODAS** las demás secciones del formulario y fírmelo.

SECCIÓN 1 – Llene para NO PARTICIPAR en la Red de Pacientes y Proveedores de Pensilvania (P3N):

Iniciales	Al presentar este Formulario, la información acerca de mí NO estará accesible para los proveedores de servicios de salud y otros usuarios autorizados de la P3N (lo cual incluye servicios de emergencia).
Iniciales	Entendio que al optar por no participar, este formulario será compartida con proveedores de servicios de salud y otros usuarios autorizados para que sepan que NO quiero que mi información sea accesible en P3N.
Iniciales	Yo puedo optar por participar en la P3N en cualquier momento presentando este formulario como solicitud para participar.

SECCIÓN 2 - Llene para REGRESAR en la Red de Pacientes y Proveedores de Pensilvania (P3N):

Iniciales	Al completar esta sección, la información acerca de mí (que incluye información creada antes de hoy) **ESTARÁ** disponible para los proveedores médicos y otros usuarios autorizados que utilizan la P3N (lo cual incluye servicios de emergencia).

SECCIÓN 3 - Llene la información a continuación:

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Apellido de soltera: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2 (opcional): _____

Dirección de email (opcional): _____ Últimos cuatro (4) números del Seguro Social (opcional): _____

Al firmar este formulario, verifico que soy la persona nombrada arriba, o que tengo autorización legal para llenar y firmar este formulario a nombre de la persona antes mencionada. La información proporcionada en este formulario, y las preferencias expresadas en el mismo, son ciertas y correctas a mi mejor conocimiento, información y creencia. Entiendo que hacer declaraciones falsas en este formulario está sujeto a las penalidades del 18 Pa. C.S.A., Sección 4904 en lo que respecta a presentar información falsa a autoridades, y que estoy declarando esto bajo pena de perjurio.

Firma del paciente: _____ Fecha de la firma: _____

(Firma del paciente, uno de los padres, encargado legal o representante legal, cuando sea necesario. Si firma un encargado o representante legal, indique su relación con el paciente.)

Encargado o representante: _____ Relación con el paciente: _____

(Nombre en letra de imprenta)

Este formulario se tiene que devolver con firmas originales en tinta azul o negra. Todos los espacios requeridos se tienen que llenar para que la solicitud se pueda procesar. Se tiene que llenar un formulario separado para cada miembro de la familia. Se requiere un teléfono de contacto en caso que debamos comunicarnos con usted para verificar la información proporcionada. Usted recibirá un comprobante del recibo de este formulario.

Devuelva el formulario a:

Pennsylvania Department of Human Services | eHealth Partnership
515 Health & Welfare Building, 5th Floor • 625 Forster Street • Harrisburg, PA 17120
ra-consentmgt@pa.gov • www.dhs.pa.gov/learnaboutdhs/dhsorganization/ehealthpartnership • 717-346-1115

RED DE PACIENTES Y PROVEEDORES DE PENSILVANIA

(PENNSYLVANIA PATIENT & PROVIDER NETWORK, P3N)

La participación en la red P3N es voluntaria. La P3N es un servicio de la Pennsylvania eHealth Partnership Authority, establecido por la ley Pennsylvania eHealth Information Technology Act del 2012. Si alguno de sus médicos participa en la red P3N, la información acerca de usted que tienen se puede compartir por el uso de los servicios de P3N, y usted se beneficia con el intercambio de información. Si opta de no participar en la P3N, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

¿QUÉ ES UN INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD?

Un intercambio de información de salud es el movimiento electrónico de información de salud entre proveedores de atención médica que están aprobado. Este intercambio es hecho en una manera que garantiza la protección y seguridad de información para brindar atención a los pacientes. En conformidad con las leyes de Pensilvania, la Authoridad fue creada para promover este tipo de intercambio y brinda servicios para ayudar a conectar los participantes de la red P3N.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD?

Si su proveedor de atención médica está conectado a la P3N, la información que tiene sobre usted, que incluye información sobre su atención, tratamiento, medicamentos y otra información relacionada, será compartida más rápido y mas fácilmente con otros proveedores conectados a la P3N, entre ellos su médico de atención primaria, su hospital, el/los especialista(s) que esté consultando, su farmacia, el coordinador de casos de su compañía de seguros, y otras personas involucradas en su atención. Esto ayuda a sus proveedores a trabajar juntos para tomar decisiones mejor informadas sobre su atención médica. El intercambio de información de salud puede mejorar la experiencia del paciente, reducir la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos, mejorar los resultados y ahorrar dinero. El intercambio de su información de salud entre los proveedores que le atienden no es algo nuevo, pero hacerlo electrónicamente es mucho más útil que los antiguos métodos en papel.

¿CÓMO SE COMPARTIRÁ MI INFORMACIÓN DE SALUD?

Si su proveedor de atención médica está conectado a la P3N, ellos harán que la información suya sea automáticamente accesible usando los servicios de la P3N en conformidad con las leyes de Pensilvania. Los proveedores de atención médica reciben cuentas que les permiten preguntarle a la red P3N si hay alguna información disponible para alguno de sus pacientes. Si su proveedor no tiene una cuenta, entonces la información que él/ella tiene sobre usted no es visible usando los servicios de la P3N, y tampoco puede utilizar los servicios de la P3N. Si su proveedor tiene una cuenta y hace una búsqueda de su nombre, él/ella verá una lista de los expedientes que existen sobre usted y dónde están dentro de la P3N, y también tendrá acceso a ellos.

¿CÓMO SE PROTEGE MI INFORMACIÓN DE SALUD?

La red P3N se esmera en cuidar la privacidad y seguridad de su información usando métodos tecnológicos y administrativos ultra modernos. Los participantes en la P3N y la Authoridad tienen que cumplir con todas las leyes federales y estatales de privacidad que se apliquen, que incluye en la mayoría de los casos la ley de portabilidad y contabilidad de seguros médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) y la ley de tecnología de información de salud para economía y salud clínica (HITECH, Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act) así como cualquier otra regulación relacionada. Todos los participantes de la P3N tienen que firmar un acuerdo en el que prometen tratar su información con el debido cuidado, cumplir con ciertos estándares de la P3N, y seguir los procedimientos de la P3N con respecto a proteger el acceso a su información.

¿CÓMO PUEDO OPTAR POR NO PARTICIPAR?

Aunque le animamos a participar en la red P3N, usted puede optar por no participar en el intercambio de su información de salud a través de los servicios de la P3N. Para no participar, llene y firme el otro lado de este formulario y devuélvaselo a su proveedor de atención médica o a la Authoridad. Podría tomar hasta cinco días de negocios después de que la Authoridad reciba su formulario para procesar su solicitud. Una vez haya sido incluido en el registro de no participantes, los usuarios de la P3N que busquen en el sistema verán que usted no está participando. Esto significa que sus proveedores no podrán ver su información usando los servicios de la P3N, incluso en una emergencia. Si cambia de opinión, puede optar por participar usando este mismo formulario.

¿QUÉ PASA SI OPTO POR NO PARTICIPAR?

Si opta por no participar en la red P3N, su proveedor de atención médica u otro participante en la P3N sabrá que no puede mostrar información sobre usted si alguien la solicita en la P3N. Esto no evitará que el proveedor u otra entidad busque y/o transmita información suya por otro medio electrónico o no electrónico, y tampoco evita el intercambio de información suya fuera de la red P3N en maneras necesarias y por motivos permitidos legalmente.

¿QUÉ PASA SI OPTO POR PARTICIPAR?

Si usted opta por participar en la red P3N, su proveedor de atención médica u otros participantes en la P3N podrán tener acceso a la información suya (que incluye la información creada antes de que optara por participar). Si lo desea, en el futuro puede volver a optar por no participar.

Mayo 2018