



Solicitud para restringir la divulgación de información de salud

Es posible que desee considerar los beneficios de tener su información de salud disponible a través del *Idaho Health Data Exchange* (IHDE, Intercambio de Datos de Salud de Idaho) antes de enviar este formato. El IHDE es un intercambio de información de salud (HIE, *Health Information Exchange*), con la misión de mejorar la coordinación y la calidad del cuidado de la salud en Idaho.

La información de salud en el IHDE proporciona a los proveedores de salud y personal médico con un panorama general de su salud actual y anterior para tomar decisiones más informadas sobre su atención. Esto es valioso en caso de una emergencia y que usted no pueda tener la capacidad de comunicarse. Tener esta información disponible rápidamente también ayuda a reducir los errores médicos y duplicar exámenes.

Sólo los participantes de IHDE tienen acceso seguro a sus registros médicos en el IHDE. Estos participantes SÓLO pueden tener acceso a estos datos para fines de tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud que promuevan la eficiencia de la comunicación en la atención, seguridad del paciente y mejorar la salud del paciente. Estos participantes también tienen que cumplir con los programas y las políticas de IHDE que incluyen las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA. Está terminantemente prohibido el uso del sistema IHDE para cualquier otra razón.

Usted puede elegir si desea que su información de salud esté disponible para los proveedores que participan en el IHDE. Si usted solicita una restricción, también conocido como “Optar por no participar”, sólo su nombre, fecha de nacimiento y género estará a disposición de los proveedores participantes.

Si decide que no desea que su información de salud o la información de salud de su hijo menor de edad esté a disposición a través del IHDE, envíe esta forma por correo o fax a la dirección o número de fax a continuación. Guarde una copia de este formulario para sus registros. Usted recibirá una carta de confirmación de su solicitud. Si más adelante decide que su información de salud esté disponible a través IDHE, debe completar el formato Solicitud de revocación (optar por volver) para retirar su solicitud.

- Yo no quiero que mi información de salud esté a disposición de los participantes en el Intercambio de Datos de Salud de Idaho.
- No quiero que la información de salud de mi hijo/niño en custodia esté a disposición de los participantes en el Intercambio de Datos de Salud de Idaho. * (Los menores de edad automáticamente se reintegrarán de nuevo al intercambio al cumplir 18 años).

(Letra de molde)

Nombre legal del paciente		Inicial	Apellido	
Otros nombres que ha usado (nombre de soltera, etc.)				
Dirección Calle				
Ciudad		Estado	Código Postal	
Número telefónico	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Últimos cuatro dígitos del número de seguro social del paciente
Nombre del Padre/Tutor/Representante personal (letra de molde)			Relación con el paciente	
Firma del Paciente o Padre/Tutor			Fecha	

Por correo a: Idaho Health Data Exchange
P.O. Box 6978
Boise, Idaho, 83707

Por Fax al: 208-332-7217
Atención: Idaho Health Data Exchange