



Privia Health
950 N. Glebe Road, Suite 700
Arlington, VA 22203

Formulario de solicitud de exclusión voluntaria de Privia HIE

El intercambio de información de salud (HIE) permite que sus proveedores de atención médica comparten de manera rápida y segura su información de salud electrónicamente entre una red de proveedores de atención médica, que incluye médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Su información de salud se transmite de manera segura y solo los proveedores de atención médica autorizados pueden acceder a su información para fines de su tratamiento, pago u operación de atención médica. Todos estos intercambios de información de salud están regidos por las leyes federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, comúnmente conocida como HIPAA. Privia recomienda encarecidamente que todos nuestros pacientes participen en el intercambio de información de salud para que nuestros proveedores tengan la visión más completa y actualizada de la atención médica de un paciente.

Usted tiene derecho a optar por no participar en el HIE. Cuando opta por no participar, sus proveedores de Privia no podrán acceder a su información de salud a través de proveedores del HIE de terceros (incluidos CRISP, Commonwell, historial de medicamentos de Surescripts, ConnectVirginia y otros) para ayudarlos en su tratamiento. Sin embargo, sus proveedores de Privia aún podrán recibir ciertos resultados de laboratorio, informes de radiología y otros datos a través de comunicaciones electrónicas y podrán enviar sus recetas electrónicamente a su farmacia. También podemos seguir compartiendo información electrónicamente con su compañía de seguros u otros pagadores. De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, Privia seguirá realizando informes de salud pública, como informes de enfermedades infecciosas o administración de vacunas a funcionarios de salud pública, utilizando medios electrónicos. Además, la información sobre sus recetas de sustancias controladas puede, dependiendo de la ley estatal, seguir compartiéndose a través de los programas estatales de monitoreo de medicamentos recetados (PDMP).

Si desea optar por no participar en el HIE, este formulario de exclusión solo debe completarse una vez en Privia; no necesita completar un formulario por separado en cada uno de sus proveedores de Privia.

Complete y firme este formulario y devuélvalo directamente a su proveedor de atención médica, envíelo por correo electrónico a medicalrecords@priviahealth.com o envíelo por correo a: Privia Health en: 950 N. Glebe Rd, Ste. 700, Arlington, VA 22203 A la atención de: Historial médico

NOTA: Los formularios incompletos o ilegibles no serán procesados.

Si desea revertir su decisión, puede volver a optar por ello en cualquier momento notificándoselo por escrito a Privia.

IMPORTANTE: Residentes de Maryland y el Distrito de Columbia: Para cancelar su suscripción a CRISP (el "Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes"), debe seguir sus procedimientos. Visite [//connect.crisphealth.org/OptoutForm](http://connect.crisphealth.org/OptoutForm) para obtener más instrucciones o solicite un formulario a su proveedor de Privia y siga las instrucciones.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor, escriba con letra clara)

Nombre del paciente:

Número de teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

Ciudad, estado y código postal:

Fecha de nacimiento:

Por la presente, opto por no compartir mi información a través del HIE y libero a Privia Health y sus proveedores de todo reclamo o daño resultante de o relacionado con mi decisión de no participar en el HIE.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Para que lo firme el padre, madre o tutor legal del paciente si el paciente es menor de edad o no es competente