



La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) Exclusión de Participación de Pacientes Menores de Edad para los Departamentos de Salud del Condado

Actualizado agosto de 2020

La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) maneja el NC HealthConnex. NC HealthConnex es una red electrónica protegida que permite a los proveedores médicos participantes, como sus médicos, enfermeras, y dentistas, compartir su información de salud entre ellos. NC HealthConnex permite a los proveedores médicos tener acceso a información médica de sus visitas con otros proveedores de atención médica y para utilizar esa información para ayudar a proporcionarle servicios médicos de calidad.

Su Historial Clínico

Su expediente clínico en el NC HealthConnex incluirá información sobre sus medicaciones, alergias, resultados de laboratorios, y otra información sobre su raza, sexo y edad que se ponen en sus registros médicos cuando visita diferentes proveedores de atención médica. NC HealthConnex no compartirá información sobre su que la ley prohíbe compartir sin su permiso, como notas de consejería o terapia y alguna información sobre el consumo de drogas o alcohol.

¿Quién Puede Ver Mi Expediente Clínico?

Los proveedores de atención médica elegibles que hayan firmado contratos para NC HealthConnex, así como otros permitidos por la ley, podrán acceder a su información médica a través de NC HealthConnex. Estos contratos aseguran su privacidad y requieren que se siga la ley relativa al uso de su información médica. Para proteger su privacidad, NC HealthConnex puede rastrear qué proveedores de atención médica tienen acceso a su información médica y cuándo se accede a su información para asegurar que se sigue la ley.

Su información en NC HealthConnex

Cuando su información se envía a NC HealthConnex, otros proveedores de atención médica que usted visite pueden acceder a esa información. Esto significa que pueden pasar menos tiempo en el papeleo y más tiempo tratándola. Participar en NC HealthConnex puede ser valioso, por ejemplo, si tiene que visitar una sala de emergencias y no puede hablar con el personal del hospital sobre sus condiciones de salud actuales porque está enfermo o herido.

Su Derecho de No Participar de NC HealthConnex

Bajo la ley N.C.G.S. § 90-21.5 de Carolina del Norte, si usted es un menor de 18 años, se le permite ser tratado por un proveedor de salud para ciertas cosas sin necesidad que sus padres o tutor legal le dé permiso. Esto incluye tratamientos para ciertas enfermedades contagiosas, planificación familiar, embarazo, problemas emocionales y consumo de drogas o alcohol. (Nota: Estos servicios se llaman "Eventos de exclusión" para los propósitos de este formulario).

Usted tiene el derecho de elegir no compartir información sobre su Evento de Exclusión con NC HealthConnex para que la información sobre la visita no sea visible para otros proveedores de atención médica en NC HealthConnex. Esto se llama "exclusión". Si decide optar por no participar, por favor llene el formulario en la página siguiente y haga que su proveedor de atención médica lo envíe a NC HealthConnex. Debe completar un formulario para cada evento de exclusión que no desee que sea visible en NC HealthConnex. Su decisión de optar por no participar mantendrá la información sobre el evento de exclusión de ser visible para los proveedores de atención médica en NC HealthConnex.

Su proveedor debe enviar el formulario que completa a NC HealthConnex dentro de los dos días posteriores a su visita para que su exclusión sea efectiva. Su proveedor recibirá una confirmación confidencial de que NC HealthConnex ha recibido el formulario de exclusión de participación. Si alguna vez desea cancelar su decisión de optar por no participar en eventos de su visita en el departamento de salud del condado, comuníquese con NC HealthConnex al 919-754-6912 o hable con su proveedor de atención médica.

Debido a cómo funciona la ley y porque usted es un menor de 18 años, solo puede optar por no tener información sobre su(s) evento(s) de exclusión compartida(s) por NC HealthConnex sin la firma de un padre o tutor legal. Si desea optar por no compartir toda su información de salud (no solo la información de eventos de exclusión de participación), necesita que su padre o tutor legal firme el formulario de exclusión general de NC HealthConnex. Su proveedor de salud debe ser capaz de proveerle copia de dicho formulario.



Una vez que usted cumpla 18 años, este formulario de exclusión para menores de edad perderá su efectividad. Si no quiere participar en NC HealthConnex cuando alcance los 18 años, debe completar el formulario de exclusión de participación para adultos si desea evitar tener sus registros médicos visibles en NC HealthConnex; su proveedor de atención médica puede proporcionarle ese formulario.

Si no entiende cómo funciona el proceso de exclusión de participación, pídale a su proveedor de atención médica que se lo explique. Su exclusión de participación de la NC HealthConnex no afectará negativamente su tratamiento médico y no puede ser discriminado si decide optar por no participar en el programa.



**La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA)
Exclusión de Participación de Pacientes Menores de Edad para los
Departamentos de Salud del Condado**

Nota al proveedor de salud: Por favor asista al paciente a completar este formulario y envíelo a la dirección de Mensajería Directa Segura (DSM) MinorOptOut@direct.moo.nchie.net dentro de dos días de la visita del paciente. El personal de NC HIEA confirmará la recepción a través de un correo electrónico seguro y confidencial al Departamento de Salud del Condado.

El NC HIEA no puede compartir la información de salud creada en la fecha que se indica a continuación

Al completar y firmar este formulario, entiendo que:

- Yo prometo que he sido notificado sobre NC HealthConnex y de mi derecho a excluirme de compartir mi información generada al momento de visitar un proveedor de salud para la fecha indicada a continuación si dicha información es sobre enfermedades contagiosas, planificación familiar, embarazo, problemas emocionales y consumo de drogas o alcohol .
- Este formulario solo opta por no enviar aquella información que podría ser compartida a través de NC HealthConnex.
- Si la ley lo requiere, mi información médica algunas veces podría ser vista incluso si opto por no participar.
- Otros proveedores de atención médica no tendrán acceso a mi información médica sobre prevención, diagnóstico o tratamiento que se me ha proporcionado para eventos de exclusión en la fecha que aparece a continuación.
- La información presentada en este documento no es asesoría legal.
- Esta exclusión expira cuando cumpla 18 años y necesito completar el formulario de exclusión voluntaria para adultos si todavía quiero impedir que el NC HIEA comparta mi información cuando sea un adulto.

Indique la fecha de la visita en que usted recibió tratamiento para enfermedades contagiosas, planificación familiar, embarazo, problemas emocionales y consumo de drogas o alcohol que desea no se vea en NC HealthConnex:

Día Mes Año

Firma del Paciente Menor

Nombre en Letra de Molde del Paciente Menor

Nota al proveedor de salud: Por favor asista al paciente a completar este formulario y envíelo a la dirección de Mensajería Directa Segura (DSM) MinorOptOut@direct.moo.nchie.net dentro de dos días de la visita del paciente o el formulario de exclusión puede no ser efectivo.

Fecha de la Firma



Por favor complete todos los campos para el paciente que solicita la exclusión.

Es opcional incluir el correo electrónico del paciente menor de edad y solo será utilizado por el NC HIEA para enviar un mensaje confirmando su decisión de optar por no participar. Favor de no incluir un correo electrónico accesible por un padre o tutor legal.

Onslow County Health Department 1477692606

Número de Registro Médico

Nombre del Departamento de Salud Local y NPI de la Organización

Nombre y Teléfono del Empleado del Departamento de Salud del Condado

Nombre del Paciente

Inicial del Paciente

Apellido

Dirección Residencial

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de Nacimiento

Sexo

Correo Electrónico (opcional)

Teléfono Primario

Teléfono Secundario