



SCHIEEx
1919 Blanding Street
Columbia, SC 29201

Teléfono: 803-898-9962
Fax: 803-898-9972
Email: SCHIEExInfo@ors.sc.gov
www.SCHIEEx.org

Aviso de participación

Su médico o su proveedor de atención médica se han convertido en miembros del Intercambio de Información de Salud en Carolina del Sur ("SCHIEEx"). Este aviso le informará cómo los médicos y otros proveedores de atención médica pueden usar o compartir su información electrónica de salud y con quién se podría compartir.

SAMPLE

ACERCA DE SCHIEX

SCHIEX hace posible que su médico comparta su historial médico con otros médicos y proveedores de atención médica involucrados en su cuidado, los cuales incluyen: medicamentos, alergias, diagnósticos y procedimientos. Es una red segura y protegida que garantiza que su información médica personal esté disponible para sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando y donde se necesite. SCHIEX no guarda ni almacena información sobre su salud personal. Al permitir que sus médicos y otros proveedores de atención médica usen y compartan información sobre su salud personal a través de SCHIEX:

- Su médico tendrá disponible mayor información para tomar decisiones sobre su cuidado médico a la hora de la cita.
- Su médico podrá estar al tanto sobre las pruebas o servicios que ya ha recibido, de esta manera puede evitar pruebas o servicios repetidos o innecesarios.
- Sus médicos y otros proveedores de atención médica pueden coordinar mejor su cuidado. Con esto usted podrá ahorrar tiempo y dinero al evitar pruebas repetidas o innecesarias, al igual que visitas médicas, trámites o retrasos en la cita.
- Su información de salud estará disponible cuando y donde se necesite, si se trata de una visita de rutina o en caso de una emergencia.

CÓMO PUEDE SER UTILIZADA O COMPARTIDA SU INFORMACIÓN ELECTRÓNICA DE SALUD

La privacidad e información sobre su salud personal están protegidas por la ley federal y estatal. Dichas leyes federales y estatales también regulan la manera en que su información electrónica personal y de salud es utilizada o compartida a través del SCHIEX. Sus médicos y otros proveedores de atención médica utilizarán y compartirán su información electrónica de salud con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en su cuidado por medio del SCHIEX, para proporcionar, coordinar o gestionar sus cuidados médicos y los servicios relacionados.

Esto incluye coordinar su cuidado médico con otros proveedores de atención médica que se hayan inscrito como miembros del SCHIEx y que estuvieron de acuerdo con seguir todas las políticas y procedimientos del SCHIEx.

Los miembros del SCHIEx pueden incluir proveedores de atención médica con licencia en el Estado de Carolina del Sur, incluyendo médicos, dentistas, quiroprácticos, optometristas, podólogos, farmacéuticos, asistentes médicos y profesionales de enfermería.

Entre los miembros del SCHIEx también se pueden nombrar organizaciones tales como: hospitales, centros de cirugía ambulatoria, agencias de salud a domicilio, farmacias, proveedores de manejo de casos, proveedores de telemonitoreo, intercambios de información médica y organizaciones dentro de las cuales las personas elegibles practican. Podemos también compartir información sobre su salud personal a través del SCHIEx con agencias que auditan, investigan e inspeccionan programas médicos para la salud y seguridad de la población.

EJEMPLO 1

Nos gustaría compartir su información electrónica de salud, según sea necesario a través del SCHIEx con otro médico que ha pedido ver su información electrónica para poder brindarle su atención.

EJEMPLO 2

Podemos compartir su información electrónica ocasionalmente con un médico o proveedor de cuidados médicos (por ejemplo, un especialista o laboratorio) quien, a solicitud de su médico, comience ha involucrarse en su cuidado, ayudando con su diagnóstico/tratamiento o con quien tenga una nueva relación de tratamiento.

EJEMPLO 3

Podemos compartir su información personal de salud con su farmacéutico a través del SCHIEx, si es necesario. Su farmacéutico le puede realizar un seguimiento de cuáles medicamentos está tomando para evitar efectos secundarios no deseados o reacciones adversas, sobre todo cuando más de un médico le receta medicamentos.

Podemos enviar información solicitada por la ley, incluyendo pero no limitado a: datos de vacunación, informes de calidad y de enfermedades contagiosas a una agencia estatal o federal.

En casos de emergencia, incluyendo las posibles visitas que usted realice al servicio de emergencia en un hospital que es miembro del

EJEMPLO 4

Si usted fue diagnosticado con sarampión o paperas, compartiremos su información personal a través del SCHIEEx, según lo requerido por la ley, para informar su diagnóstico al Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur. Esto ayudará a que DHEC trabaje para prevenir la propagación de la enfermedad a otras personas en su comunidad.

SCHIEEx, permitiremos a los médicos y enfermeras de emergencia que vean su información personal de salud, para que así pueda recibir el cuidado más apropiado.

La información de salud personal que puede ser compartida incluye la información personal que pueda identificarlo, información general, diagnósticos, resultados de pruebas, recetas médicas, datos de solicitudes e historial clínico.

PARTICIPAR EN SCHIEEX... O NO

Es posible que decida excluirse voluntariamente del SCHIEEx. Al excluirse del SCHIEEx, su información personal no será compartida a través del SCHIEEx.

Si desea excluirse de forma voluntaria del SCHIEEx, debe solicitar, completar y firmar un formulario de exclusión voluntaria, que nos indique por escrito que usted no desea que su información personal de salud sea incluida o compartida a través del SCHIEEx. Si desea excluirse de forma voluntaria, háganos saber su decisión por escrito al entregarnos un formulario de exclusión voluntaria firmado, tomaremos las medidas necesarias para asegurarnos de que su información personal no pueda verse, usarse o compartirse a través del SCHIEEx.

¡IMPORTANTE!

Por favor, entienda que si usted decide excluirse, la información sobre su salud personal no será utilizada o compartida por ningún médico o profesional de la salud a través del SCHIEEx salvo que lo exija la ley.

Si usted cambia de opinión y desea que su información electrónica de salud sea compartida a través del SCHIEEx, puede anular su exclusión voluntaria. Para anularla, usted o su representante personal debe completar y entregar firmado un formulario del SCHIEEx dirigido al personal administrativo que indique que usted permite que compartamos su información electrónica de salud a través del SCHIEEx.

Usaremos nuestros mejores esfuerzos para hacer que toda su información electrónica de salud esté disponible a través del SCHIEEx. Sin embargo, no podemos garantizar que toda su información personal de salud estará disponible en ese momento.

Su firma es requerida para este formulario, reconociendo que ha recibido este aviso de participación por parte del SCHIEEx. Si opta por permitir que sus proveedores compartan información electrónica de su salud, usted no tendrá que hacer nada más.

Si prefiere no compartir su información electrónica a través del SCHIEEx, por favor complete la información en la página siguiente.

Escriba el nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha actual



SCHIEEx
1919 Blanding Street
Columbia, SC 29201

Teléfono: 803-898-9962

Fax: 803-898-9972

Email:

Exclusión voluntaria

No quiero que mi médico u otros proveedores de atención médica compartan mi información de salud a través del INTERCAMBIO de SCHIEEx. Entiendo que mi información electrónica de salud no será compartida para tratamientos, incluyendo los casos de emergencia, a través del INTERCAMBIO del SCHIEEx.

Si decide excluirse hoy y cambia de opinión mañana, la próxima semana o incluso el año siguiente, hable con su médico o con un miembro del personal sobre cómo anular su exclusión voluntaria para que su información de salud pueda ser compartida con otros médicos y proveedores de atención médica involucrados en su cuidado a través del INTERCAMBIO del SCHIEEx.

Escriba el nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha actual

Solo para uso interno

Firma del miembro del personal a cargo de la anulación

Fecha y hora de la anulación