GoWell URGENT CARE
75 W Lee Hwy
Warrenton, VA 20186
United States

Solicitud de exclusión voluntaria del Intercambio de Información de Salud (HIE)

El Intercambio de Información de Salud ("HIE") permite que los proveedores de atención médica compartan información médica de los pacientes de forma electrónica y segura con otros proveedores autorizados para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, incluida la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)**.

GoWell Urgent Care participa en uno o más intercambios de información de salud que permiten a sus proveedores acceder a información médica relevante de los pacientes, como resultados de laboratorio, informes de radiología, listas de medicamentos y resúmenes clínicos, con el fin de brindar una atención médica más informada y coordinada.

Usted tiene el derecho de optar por no permitir que su información médica sea compartida a través de redes externas de HIE. Si decide optar por no participar, los proveedores de GoWell Urgent Care no podrán acceder a su información médica a través de dichos intercambios de información de salud para apoyar su atención médica.

Sin embargo, incluso si opta por no participar en el HIE, GoWell Urgent Care podrá continuar compartiendo o recibiendo información médica electrónicamente cuando lo permita la ley, incluyendo, entre otros, la transmisión electrónica de recetas a farmacias, el intercambio de información con compañías de seguros para fines de pago, la recepción de ciertos resultados de laboratorio o estudios diagnósticos, el cumplimiento de requisitos de reporte de salud pública y el acceso a programas estatales de monitoreo de medicamentos recetados, según lo exija la ley aplicable.

Esta solicitud de exclusión se aplica únicamente a GoWell Urgent Care y no afecta el intercambio de información médica que pueda ocurrir entre otros proveedores de atención médica fuera de GoWell. Esta solicitud permanecerá vigente hasta que usted notifique por escrito a GoWell Urgent Care que desea revocar su decisión y volver a participar en el intercambio de información de salud.

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal:**_____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Por la presente, solicito que GoWell Urgent Care no comparta mi información médica a través del Intercambio de Información de Salud (HIE) y reconozco que esta decisión puede afectar la disponibilidad de información médica para mis proveedores.

Firma del paciente o representante legal: _____ **Fecha:** _____