

ENGLEWOOD HOSPITAL

CARE EVERYWHERE CONSENT / OPT OUT FORM

Patient Label

Con este formulario de consentimiento puede elegir si permite que otros proveedores de atención médica soliciten acceso a sus registros médicos del Englewood Hospital and Medical Center para fines de tratamiento en curso, para que obtengan acceso a dichos registros a través de Care Everywhere.

Care Everywhere es una herramienta que Englewood Hospital and Medical Center usa para compartir registros médicos con otros proveedores de atención médica de Care Everywhere. Encuentre una lista de los proveedores de atención médica de Care Everywhere en <https://www.epic.com/careeverywhere>.

A fin de que un proveedor de Care Everywhere acceda a su información del Englewood Hospital and Medical Center, debe permitir que la misma se comparta.

SU DECISIÓN DE ACEPTAR O NEGAR QUE OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ACCEDAN A SU INFORMACIÓN DEL ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER NO AFECTARÁ SU DERECHO A RECIBIR ESA ATENCIÓN. NO SE PUEDE RECHAZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE LA BASE DE SU DECISIÓN DE ACEPTAR O NEGAR EL CONSENTIMIENTO.

PERMITO y autorizo la divulgación de información de salud para que otros proveedores de atención médica de Care Everywhere tengan acceso a TODA mi información en el Englewood Hospital and Medical Center. **Entiendo que la información de mi registro médico puede contener datos relativos a las enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) o el virus de la inmunodeficiencia humana (Human Immunodeficiency Virus, HIV). Asimismo, puede incluir información acerca de servicios psicológicos o de salud mental y de tratamiento por consumo excesivo de alcohol y sustancias o servicios que haya pagado yo mismo.** Entiendo que tengo derecho a revocar o cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, pero si revoco mi permiso otros proveedores de Care Everywhere que ya hayan incluido esta información en sus propios registros médicos no están obligados a devolverla ni eliminarla de allí. Doy fe de haber revisado y de entender el contenido de este formulario de autorización por completo.

NIEGO EL PERMISO a que otros proveedores de atención médica de Care Everywhere tengan acceso a la información en el Englewood Hospital and Medical Center relacionada con los servicios de atención médica que me prestan dichos proveedores.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del paciente o del representante

Nombre en letra de imprenta del representante, si aplica

Enviar a: Englewood Hospital and Medical Center Health Information Management Department,
350 Engle Street, Englewood, NJ 07631; o por fax al (201) 608-2477

