

Notificación al Paciente

Puerto Rico Health Information Exchange (PRHIE)

El Puerto Rico Health Information Exchange (PRHIE, por sus siglas en inglés) pone la información de salud del paciente a disposición de médicos, enfermeras, hospitales y organizaciones de atención médica de manera electrónica cuando sea necesario para la atención del paciente. El intercambio de información médica del paciente está protegido mediante procedimientos estrictos para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de los archivos. PRHIE mejora la velocidad, la calidad, la seguridad y el costo de la atención al paciente.

Divulgación de Información Médica:

El intercambio de información médica incluye distintos tipos de información como, por ejemplo, pero no limitado a:

- Tratamientos
- Medicamentos
- Alergias
- Diagnósticos
- Procedimientos
- Laboratorios y otras pruebas

Uso y divulgación de información:

Su información será compartida a través del HIE a los proveedores que sean parte de su sistema de cuidado y cualquier otro proveedor que usted autorice a acceder su información a través del portal. Los proveedores, facilidades médicas y el PRHIE utilizarán esta información para proveer una mejor atención médica con una visión amplia y unificada de su récord médico. Adicional a los proveedores que usted autorice su información médica podría ser divulgada según aquellos requisitos dispuestos por ley.

Derecho a no participar:

Usted tiene el derecho de no participar en la divulgación de su información con otros proveedores a través del PRHIE. Si usted decide no participar, llene el formulario que se encuentra disponible en: www.salud.pr.gov/prhie en la sección de Participantes.

La exclusión del PRHIE no afectará negativamente su tratamiento médico y no puede ser discriminado(a) si decide optar por no participar en el programa. Sin embargo, su información puede ser compartida según las disposiciones de la ley, por ejemplo, para propósitos de salud pública. Si desea registrarse nuevamente, debe volver a llenar el formulario en el enlace provisto solicitando la cancelación de la no divulgación.

Mediante la firma de este documento certifico que he recibido notificación sobre el PRHIE y el uso de mi información médica electrónica.

Firma del Paciente o tutor: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____