

WISHIN



Intercambio De Información Médica: Una Guía A La Opción Del Paciente

¿Qué Es Un Intercambio De Información Médica?

El intercambio de información médica (HIE por sus siglas en inglés) es una forma de compartir su información médica esencial entre consultorios, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. El Wisconsin Statewide Health Information Network, Inc. (WISHIN) fue elegido por el estado de Wisconsin para gobernar e implementar el intercambio de información médica de nuestro estado, llamado WISHIN Pulse.

WISHIN Pulse ayuda a cada proveedor participante que usted ve a tener acceso oportuno a un registro médico más completo y preciso. Eso ayuda a sus médicos y otros cuidadores a colaborar juntos más fácilmente, a tomar mejores decisiones sobre su cuidado, a eliminar formularios o pruebas redundantes y a reducir errores, especialmente en caso de emergencia o para proveedores fuera de la red de salud típica.

¿Es El Intercambio De Información Médica Algo Nuevo?

No. Hoy en día, la información médica se comparte con frecuencia entre los médicos a través de llamadas telefónicas, faxes o correo de los Estados Unidos. WISHIN Pulse permite que esta misma información sea compartida con seguridad y electrónicamente—por lo que es más rentable, oportuno y eficaz que los métodos actuales basados en papel.

¿Qué Información Contiene Wishin Pulse?

WISHIN Pulse incluye información médica esencial proveniente de los proveedores de atención médica que lo han tratado y que participan en WISHIN. La información incluye medicamentos, alergias, resultados de pruebas actuales y anteriores, y resúmenes de problemas médicos anteriores y actuales. WISHIN Pulse puede proporcionar un resumen de esta información, lo que permitirá mejores decisiones sobre su atención médica.

¿Cómo Está Protegida Mi Información?

WISHIN Pulse cuidadosamente protege la privacidad y seguridad de sus archivos. En primer lugar, WISHIN y todos los proveedores participantes de WISHIN deben cumplir con las políticas, procedimientos y normas establecidas por la ley Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) así como otras leyes y reglamentaciones aplicables. Cierta información médica (por ejemplo, salud mental, alcohol o tratamientos farmacológicos, etc.) requiere consentimiento adicional por escrito de parte suya antes de que se pueda compartir con su médico, excepto en caso de emergencia.

Sólo aquellos involucrados en su cuidado podrán ver su información médica, y sólo cuando sea necesario para proporcionar o coordinar su cuidado médico, hacer referencias o enviar la información requerida de salud pública (por ejemplo, su historial de vacunación). Los registros de auditoría, informes y otras medidas de seguridad muestran cómo ha sido visitada o intercambiada la información médica. Estos informes apoyan el cumplimiento de reglamentaciones federales y estatales estrictas que rigen cómo y cuándo su información médica puede ser intercambiada, consultada o usada. La información que le identifique no será nunca vendida o puesta a la disposición para otros fines.

En conjunto, estas medidas de seguridad hacen el intercambio de información médica electrónica más seguro que los métodos de intercambio en papel que se utilizan en la actualidad, tales como fax o correo.

¿Qué es WISHIN?

El Wisconsin Statewide Health Information Network (WISHIN) es una organización sin fines de lucro independiente dedicada a llevar los beneficios de tecnología de información médica a pacientes y cuidadores a través de Wisconsin. WISHIN está construyendo una red de información médica a nivel estatal para conectar a los médicos, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios clínicos a través de Wisconsin.



Wisconsin Statewide Health Information Network
5510 Research Park Drive, Ste. 200 · Fitchburg, WI 53711

608-235-4245 | wishin@wishin.org | WISHIN.org

¿Tengo alguna opción?

Sí; usted decide si desea participar o no, y puede cambiar esa decisión en cualquier momento. **Si usted quiere estar seguro de que sus proveedores tengan acceso oportuno y seguro a su información médica electrónicamente a través de WISHIN Pulse, no tiene que hacer nada. La participación es automática.**

Sin embargo, puede elegir no participar en el intercambio de información médica de Wisconsin. Eso significa que sus médicos no podrán acceder a su información médica a través de WISHIN Pulse para uso mientras lo están tratando, excepto en casos de emergencia, para informes de salud pública según lo permitido por la ley, y por su lista de medicamentos. Esto se llama exclusión voluntaria (“opting out”). Si decide ser excluido, debe aceptar los riesgos asociados con negar el acceso de los médicos a su información médica a través de WISHIN Pulse (ver las estipulaciones de Exclusión Voluntaria). Para la exclusión voluntaria, debe completar y enviar el Formulario de Opción del Paciente. Se puede tomar hasta tres días hábiles después de que recibamos su formulario antes de que su solicitud de exclusión voluntaria tome efecto.

Usted recibirá confirmación de su solicitud por correo de la Wisconsin Statewide Health Information Network (WISHIN). Guarde esa confirmación para sus registros. Si no recibe confirmación, comuníquese con WISHIN Support al 608-235-4245 tan pronto como sea posible.

Se deben completar todas las áreas de información. Para su protección, cada solicitud que se recibe está sujeta a verificación. Los formularios incompletos pueden resultar en un retraso adicional o en la denegación de su solicitud. Se limitará el acceso a su información médica a través de WISHIN Pulse tan pronto como sea posible.

¿Necesita más información antes de tomar su decisión?

Visite www.wishin.org, llame al 608-235-4245 o por email en wishin.support@wishin.org.

Estipulaciones para la exclusión voluntaria

Debe leer, entender y aceptar estas estipulaciones con el fin de una exclusión voluntaria oficial. Debe poner sus iniciales en su Formulario de Opción del Paciente, debajo de Certificación de Exclusión Voluntaria, para indicar su aceptación.

1. Entiendo que esta solicitud sólo aplica en lo referente a compartir mi información médica a través de WISHIN Pulse. Entiendo que cuando vea a un proveedor de cuidado médico para tratamiento, ese proveedor puede solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores que utilicen otros métodos permitidos por la ley, como fax o correo. Estoy consciente de que los proveedores de salud que originalmente archivaron información sobre mí pueden continuar teniendo acceso a esta información a través de medios que no sean el WISHIN Pulse.
2. Entiendo que una vez que mi solicitud de exclusión voluntaria entra en vigor, se mantendrá en efecto a menos que yo la cambie por escrito enviando una solicitud de inclusión (“opt back”) a WISHIN mediante un Formulario de Opción del Paciente.
3. He tenido la oportunidad de pedir y recibir respuestas a todas mis preguntas sobre la exclusión voluntaria del WISHIN Pulse.
4. Cualquier información que se dé a conocer antes de enviar esta solicitud de exclusión voluntaria no se puede tomar para atrás y puede permanecer con mi proveedor si él/ella accedió a dicha información antes de que esta solicitud entrara en vigor.
5. Esta solicitud y cualquier solicitud futura de inclusión voluntaria, puede tomar hasta tres días hábiles después de que WISHIN la reciba para que entre en vigor.
6. Entiendo que esta solicitud de exclusión voluntaria de WISHIN Pulse no cubre o afecta mi exclusión de cualquier otro intercambio de información médica, incluyendo otras tecnologías de intercambio que ofrezca WISHIN.
7. Entiendo que si deseo ser excluido de cualquier otro intercambio de información médica, debo seguir las instrucciones de tales intercambios para limitar mi participación.
8. Entiendo y acepto los riesgos asociados por negar a los proveedores de cuidado médico acceso a mi información médica a través de WISHIN Pulse.
9. Entiendo que puedo revocar esta solicitud en cualquier momento.

Formulario de Opción del Paciente

Para participar en WISHIN Pulse, no necesita hacer nada. Este formulario es necesario sólo para dos tipos de circunstancias:

1. Usted decide no permitir que su información médica sea intercambiada a través WISHIN Pulse (es decir, usted decide ser excluido), o
2. Previamente había decidido ser excluido, pero quisiera cambiar esa decisión y ser incluido para que sus médicos puedan acceder de forma segura a su información médica a través de WISHIN Pulse.

Formulario de Opción del Paciente

Debe completar todo el Formulario de Opción del Paciente y firmar en presencia de un amigo o miembro de familia. Los formularios no se pueden procesar sin la firma de un testigo.

Envíe sus formularios completos a:

WISHIN
Attn: Opt-Out Request
5510 Research Park Dr., Ste. 200
Fitchburg, WI 53711

Favor de escribir en letra de molde

***Nombre completo:**

Nombre/Segundo nombre/APELLIDO

- SOLICITUD DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA: Me gustaría ser excluido de que se comparta información médica esencial sobre mí a través de WISHIN Pulse. Entiendo que al tomar esta decisión, los médicos y cuidadores no podrán acceder a mi información médica a través de WISHIN Pulse, excepto en los casos de una emergencia médica o según sea necesario para reportar información específica a una agencia del gobierno en la medida permitida por la ley (por ejemplo, informes de ciertas enfermedades transmisibles o presuntos incidentes de abuso).
- INCLUSIÓN VOLUNTARIA: Me gustaría cancelar mi solicitud anterior de ser excluido de que se comparta información médica esencial sobre mí a través de WISHIN Pulse. Mi información médica estará disponible para mis médicos y cuidadores.

*Se deben completar todas las áreas de información para que WISHIN pueda procesar su solicitud.
Toda información en este formulario se mantiene estrictamente confidencial y se utilizará únicamente con el propósito de llevar a cabo su solicitud.

***Fecha de nacimiento:**

(Mes/Fecha/Año):

***Sexo:**

Masculino Femenino

***Teléfono #:**

(XXX)XXX-XXXX

***Dirección:**

***Ciudad/Estado/Código de área:**

Certificación de exclusión voluntaria

Motivo de la solicitud de exclusión voluntaria:

Favor de poner sus iniciales aquí _____ para certificar que ha leído y acepta las estipulaciones de exclusión voluntaria presentadas en este panfleto.

***Firma del paciente (o Representante Autorizado)**

***Fecha**

Para su protección, WISHIN requiere la firma de un testigo para ayudar a verificar su identidad. El testigo puede ser cualquier persona que pueda confirmar que usted firmó el formulario.

***Firma del testigo**

***Fecha**

***Parentesco con el paciente**

Si llena esta solicitud como el representante personal de otro paciente, debe también proporcionar la siguiente información sobre usted.

***Parentesco con el paciente: Título:**

***Nombre:**

***Segundo nombre:**

***Apellido:**

Sufijo

(Sr./Sra./Sta./Sra./Dr.):

(Jr., Sr., III, etc.):

***Dirección:**

***Ciudad/Estado/Código de área:**

Dirección de correo electrónico:

***Teléfono principal:**

Teléfono alternativo:

(XXX)XXX-XXXX

(XXX)XXX-XXXX

(La confirmación de esta solicitud se enviará a la dirección de correo electrónico indicada aquí)

*Forma en que prefiere ser contactado – marque sólo uno (en caso de que WISHIN requiera información adicional para implementar su solicitud):

Correo Correo electrónico Teléfono Principal O Teléfono alternativo