

### Estimado/a Paciente:

Reliance es una manera más rápida y más segura que los que proveen cuidados de la salud, tales como los doctores, hospitales, laboratorios, y lugares que hacen radiografías y estudios de diagnóstico, compartan la información que recogen de sus pacientes. Reliance no es un archivo completo de antecedentes de la salud, sino un medio que los proveedores de atención médica tienen para acceder en forma rápida a la información médica que ellos necesitan para brindarle a usted el mejor cuidado.

### Reliance es Bueno para Usted y Su Doctor:

- Reliance es un medio **seguro** para que sus doctores reciban la información más actualizada sobre usted. Solamente aquellas personas que le están cuidando a usted tendrán permiso para ver sus resultados de pruebas y otra información médica. En un caso de emergencia, información que podría ser necesaria para salvarle la vida estará disponible a los médicos de emergencia en los hospitales participantes.
- Reliance **mejora el cuidado** brindado, al enviarle a su doctor los resultados obtenidos, en forma rápida y segura. Reliance también le ayuda a su doctor a referirle a un especialista para que pueda conseguir con más rapidez una cita.
- Reliance **le ahorra a usted tiempo y dinero**. Si un especialista le pide que se haga estudios antes de la visita prevista, su doctor le puede enviar para que le hagan el estudio *antes* de que usted lo ve al/los especialista(s). Ya que su doctor tendrá esta información antes de verlo en la cita, no le será necesario repetir estudios, ni llevar consigo a la cita sus antecedentes médicos.
- Reliance **protege su privacidad** porque está diseñado con seguros y estándares de seguridad, para proteger su información personal. Sus doctores pueden enviar información a otros médicos sin usar los teléfonos, correo o fax, y solo el personal apropiado y autorizado de los cuidados de su salud podrán ver la información. Reliance puede, también, rastrear precisamente quién ha visto la información, hecho que asegura aún más su información médica.

### La Opción de No Participar:

Pacientes que no quieren que su información médica sea accesible a los proveedores autorizados mediante Reliance pueden siempre elegir el no participar, o el Optar por No. Si así lo decide usted, los proveedores de cuidados de la salud no podrán buscar sus antecedentes en Reliance, excepto en caso de una emergencia médica, mediante un médico o personal en un Departamento de Emergencia.

Si usted quiere Optar por No participar en Reliance, debe completar el Formulario de Pedido de Exclusión adjunto. Para su protección, se debe verificar su identidad en una de las tres siguientes maneras: hacer firmar este formulario por un notario público o por un proveedor de cuidados de la salud con licencia, o presentar una identificación con foto, válido y expedido por el gobierno, al personal en las oficinas de Reliance.

Al completar el formulario, usted está impidiendo a los proveedores de cuidados de la salud el buscar información sobre usted a través de Reliance. Sus antecedentes médicos estarán disponibles a los proveedores de cuidados de la salud a través de fuentes ajenos a Reliance.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Reliance al teléfono: (855) 290-5443, al correo electrónico [support@RelianceHIE.org](mailto:support@RelianceHIE.org), o visitando al sitio en web a [www.RelianceHIE.org](http://www.RelianceHIE.org).

## Formulario de Pedido de Exclusión Para el Intercambio de Información sobre Reliance

**Marque con sus iniciales que usted haya leído y entendido cada una de las siguientes declaraciones.**

Entiendo que al entregar este Formulario de Pedido de Exclusión, mi información médica protegida no se estará accesible a los proveedores de cuidados de la salud a través de Reliance, excepto en una emergencia médica a través de proveedores de medicina de emergencia y personal de Departamentos de Emergencia.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Por el presente, autorizo a Reliance a bloquear a proveedores de cuidados de la salud que participan de buscar mi información médica a través de JIE, excepto en el evento de una emergencia médica y a través de aquellos que proveen los cuidados de emergencia en una sala de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Entiendo que este pedido no les impide a los proveedores de cuidados de la salud revelar mi información directamente entre ellos por otros medios permitidos, tales como el correo electrónico seguro, fax, o el correo común.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Entiendo que yo puedo elegir participar de Reliance mas adelante en otro momento, al completar un formulario de *Cancelación de Exclusión*.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Apellido anterior/de soltera: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ (Ex: 01/01/1990) Sexo:  Mujer  Hombre

Dirección de Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Últimos cuatro (4) Dígitos de número de seguro social: \_\_\_\_\_ (Ex. xxx-xx-1234)

**Firma del/la  
Paciente o  
Representante  
Legal**

**X**

Fecha Firmado: \_\_\_\_\_

(Si usted es menor de los 18 años, debe firmar su madre/padre/o tutor legal)

Para su protección, debemos verificar su identidad para que Reliance pueda procesar el *Pedido de Exclusión*.

Su identidad puede ser verificada mediante una de tres maneras: 1) hacer que este formulario sea firmado por un notario público; 2) firmado por un proveedor de atención médica con licencia; o 3) al presentar una identificación con foto, valida y expedida por el gobierno, en oficinas de Reliance.

***Este formulario debe ser entregado a Reliance con las firmas originales en tinta negra o azul.***

## Formulario de Pedido de Exclusión

**In English:**

**Section to be completed by a Notary Public or Licensed Health Care Provider:**

**Print Patient/Individual's Name Here:** \_\_\_\_\_

I witnessed the above named individual (or their legal representative) sign this document and the individual is personally known to me and/or provided me with valid picture identification on this day \_\_\_\_ of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.  
Year Day Month

Notary or Provider  
**Print Name:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

Notary or Provider  
**Signature:** **X** \_\_\_\_\_ **Date Signed:** \_\_\_\_\_

**Must be an original signature in black or blue ink.**

---

**En Español:**

**Esta sección debe ser completada por un notario público o un proveedor de atención médica con licencia:**

**Escriba el nombre del Paciente/Individual aquí:** \_\_\_\_\_

Soy testigo a que la persona arriba mencionada, o su representante legal firme este documento, y que esta persona me es conocida o me ha dado su identificación válida y con foto, este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.  
Año Día Mes

Notario o Proveedor  
**Nombre**  
**Deletreado:** \_\_\_\_\_ **Numero de**  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Notario o Proveedor  
**Firma:** **X** \_\_\_\_\_ **Fecha**  
**Firmado:** \_\_\_\_\_

**Debe ser una firma original en tinta negra o azul.**