



North Carolina Health Information Exchange Authority Patient Opt Out Information

Updated 10/2/2018

The North Carolina Health Information Exchange Authority (NC HIEA) is operating North Carolina's Health Information Exchange, now called NC HealthConnex. NC HealthConnex is a secure, electronic network that allows participating medical providers to share your health information with one another. This enables participating physicians, hospitals, laboratories, pharmacies, and other health care providers to have access to important medical information about you that can assist them in making critical medical decisions for you.

Your Patient Record

Your patient record in NC HealthConnex will include information about your medications, allergies, laboratory results, and other information gathered during your encounters from your health care provider. Your record will also include your demographic data to help identify you when you visit different health care providers across the state. It will not include any information about you that federal law prohibits sharing without your express authorization, like psychotherapy notes and substance abuse treatment records.

Benefits of NC HealthConnex

What does it mean to be a part of NC HealthConnex network? As a patient, it means having peace of mind in visiting a new health care provider's office if they are participating in the NC HealthConnex. If your information has been uploaded before, your new provider will be able to access that data. This means they can spend less time taking down your history and spend more time treating you.

Participating in the NC HealthConnex is even more important if you visit an emergency department at a participating hospital and you are unable to provide critical information about your current health status to hospital staff, including your diagnoses, medications, and allergies.

Who Can See My Record?

Only participating health care providers and other HIPAA covered entities that have signed contracts with the NC HIEA will be able to access your medical information through the NC HealthConnex. Your NC HealthConnex data may also be provided to third parties who have entered into contracts with the NC HIEA for limited purposes (i.e. the NC Department of Public Health for immunizations). These contracts ensure that all relevant privacy statutes and regulations are followed in how your health information is viewed, used, and shared. The NC HIEA also has the power to audit the use of patient information by each participating practice and each third party to ensure the law is being followed.

Right to Opt Out of NC HealthConnex

You have the right to opt out of having your information shared between providers through NC HealthConnex. If you choose to opt out, please fill out the form on the following page and mail it to the NC HIEA. Opting out of NC HealthConnex will not adversely affect your treatment by your physician and you cannot be discriminated against if you to decide to opt out. You can also use the form to rescind a previous opt out if you change your mind. However, your information may also be shared as required or permitted by law, for instance, for public health purposes.

Please note that the NC HIEA will only process opt out forms that are signed by adults over the age of 18. If you are under the age of 18 and have not gone through the legal process to become emancipated, you must have a parent or legal guardian sign the opt out form.

The information presented is not legal advice and is not to be acted on as such, may not be current, and is subject to change without notice.



**North Carolina Health Information Exchange Authority
Patient Opt Out Form**

Please complete one box and the information requested below, and mail to:
NC HIEA, Attn: Opt Out Processing, 4101 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-4101
Please include a return address on the mailing envelope.

☐ **Opt Out: The NC HIEA may not share any of my health information.**

By completing and signing this form, I certify that I have been notified of the benefits of NC HealthConnex and of my right to opt out of having my data shared between participating health care providers through NC HealthConnex. I also understand that my personal health information may be accessed and used in certain circumstances pursuant to HIPAA and NC law, such as reporting public health threats. **I understand that the information provided to me is not legal advice and I will hold the North Carolina Health Information Exchange Authority harmless for the direct or indirect consequences of my decision to opt out.**

Signature of Patient or Parent/Legal Guardian

Date

Print Name

☐ **Rescind Opt-Out: I request to terminate my previous decision to opt out.**

By completing and signing this form, I am allowing my health information to be accessible to my health care providers through NC HealthConnex as permitted or required by North Carolina or federal law.

Signature of Patient or Parent/Legal Guardian

Date

Print Name

Please complete all of the following fields for the patient who is requesting the opt out or the opt out rescission. Incomplete forms will not be processed.

First Name of Patient

Middle Name

Last Name

Street Address

Mailing Address

City

State

Zip

City

State

Zip

_____/_____/_____
Date of Birth

Sex

Email

(_____)_____
Primary Phone Number

(_____)_____
Secondary Phone Number



La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) Formulario de Optar No

Actualizado 7/7/17

La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) está operando el intercambio de información de salud de Carolina del Norte, o HIE. HIE es una red segura electrónica que permite a los participantes de proveedores de servicios médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores de salud tener acceso a información médica importante sobre usted la cual los puede asistir en tomar decisiones críticas médicas.

Su Historia Clínica

Su hoja clínica en HIE incluye información sobre sus signos, medicaciones, alergias, resultados de laboratorios, y cualquier información colectada durante sus visitas médicas. Su hoja clínica también incluye su data demográfica para poder ayudar a identificarlo cuando usted visite a otros proveedores de salud a través de estado. No incluye información sobre usted que la ley federal prohíbe compartir sin su autorización expresa, como notas de psicoterapia y los registros de tratamiento de abuso de sustancias.

Beneficios de la Red HIE

¿Qué significa ser parte de la red HIE? Como paciente, significa tener el conocimiento de visitar la oficina de un nuevo proveedor de atención médica participante de la red de HIE. Si su información ha sido cargada antes en el sistema, su proveedor nuevo podrá acceder sus datos. Esto significa que pueden dedicar menos tiempo repasando su historia clínica y más tiempo en su tratamiento. La participación en la red HIE es importante su usted visita a una sala de emergencia en un hospital participante y usted no puede proporcionar información crítica acerca de su estado de salud actual al personal del hospital, incluyendo sus diagnósticos, medicamentos y alergias.

¿Quién Puede Ver Mi Hoja Clínica?

Solo los proveedores de salud participantes y otras entidades cubierta por HIPAA las cuales han firmados contratos con el estado de Carolina del Norte HIEA podrán acceder su información médica a través de HIE. Sus datos de HIE también pueden proporcionarse a terceros que hayan suscrito contratos con el HIEA NC con fines limitados (es decir, el Departamento de Salud Pública de Carolina del Norte para las inmunizaciones). Los contratos aseguran que toda información relevante a privacidad, estatutos y regulaciones son practicadas en relación de cómo se comparte y examina la información de salud.

Derecho de Darse de Baja de HIE

Usted tiene el derecho de darse de baja del programa para que su información no sea compartida con los proveedores de HIE. Si usted decide de no participar conteste el formulario en la siguiente página y envíalo a NC HIEA. La exclusión voluntaria de la HIE no afectará negativamente el tratamiento médico y no puede ser discriminado si decide optar fuera del programa. Usted también puede usar el formulario para anular o rescindir una baja al programa echa anteriormente si cambia de opinión. Tenga en cuenta que la ley estatal contiene una excepción la cual deja a los proveedores de salud asesar su información de HIE y esto es en un caso de emergencia. El momento en que la emergencia se establezca el proveedor medico tiene que detener el acceso a su información médica, y NC HIEA puede auditar al proveedor para asegurar que la excepción de emergencia médica se llevó a cabo apropiadamente. Por favor notar que su información puede ser compartida como lo requiere o permite la ley, por ejemplo, para propositos de salud pública.

Si usted es menor de 18 años y no ha pasado por el proceso legal para ser emancipado, debe tener un padre o tutor legal firmar el formulario de opt out.

La información presentada no es un consejo legal y no se debe actuar como tal, puede no ser actual y está sujeta a cambios sin previo aviso.



**La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA)
Formulario de Optar No**

Por Favor de elegir la casilla apropiada y completar el formulario y enviar a:
NC HIEA, 4101 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-4101.

☐ **Darse de Baja: NC HIE no puede compartir mi información de salud**

Al completar y firmar este formulario, certifico que he sido notificado de los beneficios del intercambio de información de Salud de Carolina del Norte y de mi derecho de optar por no tener mis datos compartidos entre los proveedores de atención de la salud a través de la red de HIE. También entiendo que mi información médica personal puede ser asesada y usada en ciertas circunstancias, de conformidad con la ley HIPAA y Carolina del Norte, tales como reportes de amenazas contra la salud pública. **Entiendo que la información proporcionada no es asesoramiento legal y no voy a mantener indemne a la Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte por las consecuencias directa e indirecta por darme de baja.**

Firma

Fecha

Imprime Nombre

☐ **Rescindir Darse de Baja: Solicito de que mi decisión anterior sea terminada.**

Al completar y firmar este formulario, estoy permitiendo que mi información médica sea accesible a mis proveedores de cuidados de la salud a través de la red HIE según lo permitido o requerido por Carolina del Norte o la ley federal.

Firma

Fecha

Imprime Nombre

Todos los siguientes campos deben ser completados para que su opción de exclusión (o rescisión de exclusión) sea procesada. Por favor imprime claramente.

Primer Nombre de Paciente

Segundo Nombre

Apellido

Dirección de Calle

Ciudad

Estado

Área Postal

Fecha de nacimiento

Sexo

Email

(_____) _____
Teléfono Primario

(_____) _____
Teléfono Secundario