



Una Red de Organizaciones de Información de Salud

Saint Clare's **HEALTH CONNECT**

Un servicio completo en línea que ofrece acceso a sus expedientes médicos conectándole con proveedores de servicios de salud y mucho más.

¿Qué es Saint Clare's HEALTH CONNECT?

Es una herramienta en línea que le conecta con los proveedores de servicios de salud que participan en la red de Jersey Health Connect. Saint Clare's HEALTH CONNECT le permite:

- **Acceder no solo a la información de los procedimientos efectuados en Saint Clare's, sino a TODOS sus archivos médicos de aquellas organizaciones participantes.**
- **Comunicarse con TODOS los médicos participantes en la red Jersey Health Connect.**
- **Pedir los resultados de sus laboratorios y estudios.**
- **Administrar y documentar sus recetas y la atención general de su salud.**

¿Qué es la Organización para la Información de la Salud?

Health Information Organization (HIO)" por sus siglas en inglés. Los proveedores de servicios a la salud (médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc.) comparten la información de la salud a través de una red segura en línea.

¿Cómo se llama la organización a la cual Saint Clare's pertenece?

Jersey Health Connect, una organización independiente sin fines de lucro. Para más información sobre Jersey Health Connect, favor de visitar jerseyhealthconnect.org.

¿Cuáles son los beneficios para los pacientes?

Los proveedores pueden compartir rápidamente la información médica y los pacientes pueden acceder con seguridad a su propia información.

¿La información médica se encuentra segura?

Sí. La información del paciente está estrictamente regulada. Las leyes federales y estatales establecen guías estrictas de protección de la privacidad del paciente. Jersey Health Connect posee requisitos internos más allá de los establecidos por ley.

¿Cómo es que la participación mejora la atención a la salud?

El acceso inmediato a los expedientes médicos podría prevenir errores médicos potenciales y reduce los estudios y tratamientos innecesarios, permitiéndole al paciente involucrarse activamente con sus proveedores para administrar la atención a su salud.

***¿Cómo accedo al sistema Saint Clare's HEALTH CONNECT?
Instrucciones al reverso.***

Saint Clare's **HEALTH CONNECT**

Existen DOS MANERAS de acceder al Saint Clare's HEALTH CONNECT.

1. Si suministró su correo electrónico al registrarse en Saint Clare's para su cuidado:

Recibirá una invitación para unirse.

Favor de oprimir el enlace en el correo electrónico que automáticamente lo dirigirá al sitio electrónico de Saint Clare's Health Connect. Después del registro, automáticamente será enlazado con su expediente en Saint Clare's.

2. Si NO SUMINSTRÓ su correo electrónico al registrarse en Saint Clare's para su cuidado:

- Visite saintclares.org
- Presione "Saint Clare's Health Connect \ Find Your Medical Record" a la izquierda
- Presione "click here" para acceder o registrarse
- Presione la pestaña de registro "Register" y luego el icono "Patient"
- Al completar toda la información, accederá al sitio electrónico Saint Clare's Connect
- En el sitio electrónico Saint Clare's Connect oprima "Your Providers", y "add a Provider or Facility"
- En el área de "Search for Provider or Facility" escriba "Saint Clare's" y oprima "Search"
- En el listado de "results" oprima "Select" que está al lado de Saint Clare's Health System
- Este proceso envía un correo electrónico seguro a Saint Clare's. Se revisará su petición y de ser aprobada, recibirá acceso a sus expedientes médicos.

¿Cómo puedo excluirme?

Puede excluirse usando uno de estos métodos:

- Visite jerseyhealthconnect.org/opt-out-form en la página 3
- Complete la forma al reverso y envíe por correo a:
Privacy and Security Officer, Jersey Health Connect, 782 Alexander Road, Princeton, NJ 08543
- O envíe su forma completada por fax a: 609-945-5315



Health Information Exchange Patient Opt-Out Form

This form is to be used by patients who **do not** wish to participate in Jersey Health Connect Regional Health Information Organization

A Health Information Exchange, or HIE, is a way of sharing your health information among participating doctors' offices, hospitals, labs, radiology centers, and other health care providers through secure, electronic means. The purpose is for participating caregivers to have the benefit of the most recent information available from your other participating caregivers when taking care of you. When you opt out of participation in the HIE, doctors and nurses will not be able to obtain your health information through the HIE to use while treating you. Your physician or other treating providers will still be able to select the HIE as a way to receive your lab results, radiology reports, and other data sent directly to them that they may have previously received by fax, mail, or other electronic communications. Public health reporting, where applicable, in accordance with law such as the reporting of infectious diseases to public health officials, will also occur through the HIE after you decide to opt out.

This opt-out form only needs to be completed once to opt out of the HIE; it is not necessary to complete for each provider. If you do not live in New Jersey but still receive care in New Jersey, you should complete this form to opt out. If you wish to reverse your decision you may opt back in at any time by calling Jersey Health Connect at 609-945-3957. Please note: Opt out requests will be processed within three (3) business days.

Mail your completed form to: Privacy and Security Officer or Fax your completed form to: 609.945.5315
Jersey Health Connect
782 Alexander Road
Princeton, NJ 08543

Information for Patient Opting Out (Please PRINT Clearly)

Hospital Name _____

Patient First Name*	
Patient Middle Name	
Patient Last Name*	
Address Line 1*	
Address Line 2	
City*	
State*	
Zip Code*	
Primary Phone Number*	
Secondary Phone Number	
Email	
Date of Birth*	
Sex (M/F)*	

Reason for Opting Out (optional): _____

If this form is signed by someone other than the person named above, the person signing the form hereby certifies that he/she is acting as: (CHECK ONE) Parent Legal Guardian Other (Specify Relationship) _____ for the person named above.

Contact Information for Individual Completing This Form If Other Than Patient (Please Print Clearly)*

Printed Name _____ Phone Number _____

Patient Information (Please Print Clearly)*

Printed Name _____ Signature _____

Date _____