

Care Everywhere® Opt-Out Request

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Patient Identification Label |       |
| Name                         | _____ |
| MRN                          | _____ |
| DOB                          | _____ |
| Date of service              | _____ |

☐ **OPT-OUT:** I, \_\_\_\_\_, request that my health information **NOT** be available through Epic's Care Everywhere\* exchange. I understand this means that other health care providers who treat me will **NOT** be able to obtain my health information through Care Everywhere, however, that this does not prevent those providers from receiving my health information through other, more traditional, means such as via fax.

Please initial that you have read and understand each the following statements:

\_\_\_\_\_ I understand that by submitting this Care Everywhere Opt-Out Request, my health information will not be available through Care Everywhere to health care providers that treat me, including emergency providers treating me in an emergency.

\_\_\_\_\_ I understand that this request is only applicable to UCHealth. This request does not bind other providers who utilize Epic's electronic medical record from sharing via Care Everywhere.

Completion and submission of this Opt-Out Request does not apply to any use or disclosure of health information through Care Everywhere that may have been shared prior to the date that this request is processed by UCHealth. Patients are able to opt-back-in to Care Everywhere at any time by completing the applicable section in this form (see box below) and returning it to [roi@uchealth.org](mailto:roi@uchealth.org) or by mailing it to 2420 E. Pikes Peak Ave., Colorado Springs, CO, 80909.

☐ **OPT-BACK-IN:** I, \_\_\_\_\_, previously chose to opt-out of allowing UCHealth to make my health information available to other health care providers for treatment purposes through Care Everywhere. I now am electing to revoke my Opt-Out and participate (Opt-In) to Care Everywhere which allows my health information to be available through the Care Everywhere exchange. By signing this form, I withdraw my prior request to exclude my health information from being shared through Care Everywhere.

The request to opt-back-in to Care Everywhere will generally be processed within 30 days of UCHealth's receipt of the opt back in request once received at the above address.

This opt-out will not expire until revoked by the patient or patient's authorized representative by opting back in to Care Everywhere.

The UCHealth Care Everywhere Opt-Out Request does not apply to the CORHIO (Colorado Regional Health Information Organization) health information exchange. Please refer to information on CORHIO's website at [corhio.org](http://corhio.org).

Please print the following information:

|                            |                       |           |
|----------------------------|-----------------------|-----------|
| First Name                 | MI                    | Last Name |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy) | Medical Record Number |           |

**DO NOT SIGN UNLESS YOU HAVE READ AND THOROUGHLY UNDERSTAND THIS FORM.**

\_\_\_\_\_  
Name of patient (printed)

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or legally authorized representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES**

☐ Certification of Interpreter Services (if the patient's preferred language for health care is not English) - The information on this form and any explanations have been communicated to the patient using a qualified Medical Interpreter in the patient's preferred language, or by speaking to the patient as a Qualified Bilingual staff member.

\*Care Everywhere is a feature of UCHealth's electronic medical record system, Epic®, that allows doctors and nurses to electronically exchange patient information, contained within a patient's Epic record, with other health providers who also use Epic's electronic medical record system. The goal is to promote interoperability between systems and sharing of health information amongst health care providers thereby enhancing quality of care.





## Solicitud de no participar en Care Everywhere®

(Care Everywhere® Opt-Out Request)

Patient Identification Label

Name \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

Date of service \_\_\_\_\_

☐ **ELIJO NO PARTICIPAR:** Yo, \_\_\_\_\_, solicito que mi información de salud NO esté disponible a través de la plataforma de intercambio de Epic, *Care Everywhere*®. Entiendo que esto implica que otros profesionales de la salud que me atiendan NO podrán obtener mi información de salud por medio de *Care Everywhere*. Sin embargo, esto no impide que esos profesionales de la salud reciban mi información de salud por otros medios más tradicionales, tal como por fax.

Por favor escriba sus iniciales para indicar que ha leído y que ha entendido las siguientes declaraciones:

\_\_\_\_\_ Entiendo que al presentar esta solicitud de no participar en *Care Everywhere*, los profesionales de la salud que me atiendan no tendrán a su disposición mi información de salud por medio de *Care Everywhere*. Esto aplica también a profesionales de la salud que me atiendan en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_ Entiendo que esta solicitud es válida únicamente para UCHealth. La solicitud no impide que otros profesionales de la salud que usan expedientes médicos en EPIC, compartan información por medio de *Care Everywhere*.

Esta solicitud, una vez llenada y presentada, excluye cualquier uso o divulgación de información de salud que haya podido ser compartida, a través de *Care Everywhere*, antes que UCHealth la procesara. En cualquier momento, los pacientes pueden optar por volver a participar en *Care Everywhere* si llenan la sección que aparece a continuación (en el cuadrado) y envían el formulario a [roi@uchealth.org](mailto:roi@uchealth.org) o, por correo, a 2420 E. Pikes Peak Ave., Colorado Springs, CO, 80909.

☐ **ELIJO VOLVER A PARTICIPAR:** Yo, \_\_\_\_\_, previamente opté por no consentir que UCHealth permitiera acceso a mi información de salud a través de *Care Everywhere*. Por consiguiente, mi información de salud no estaría a la disponibilidad de otros profesionales de la salud para propósitos de tratamiento médico. Opto ahora por revocar la solicitud de no participar y elijo participación en *Care Everywhere*. Al optar por participación en *Care Everywhere*, estoy permitiendo que mi información de salud esté disponible a través de la plataforma de intercambio *Care Everywhere*. Al firmar este formulario revoco mi solicitud anterior, en la que solicité que mi información de salud no se compartiera por medio de *Care Everywhere*.

Las solicitudes de volver a participar en *Care Everywhere* generalmente son procesadas dentro de los 30 días después de que UCHealth las recibe en la dirección que aparece más arriba.

Esta solicitud de no participación estará vigente hasta que el paciente, o su representante, opte por volver a participar en *Care Everywhere*.

La solicitud de no participación en *Care Everywhere* de UCHealth no tiene validez en la plataforma de intercambio de información de salud CORHIO (Colorado Regional Health Information Organization, por su nombre en inglés). Usted puede obtener más información en la página de internet de CORHIO ([corhio.org](http://corhio.org)).

Por favor escriba la siguiente información en letra de molde:

|                                  |                              |          |
|----------------------------------|------------------------------|----------|
| Nombre                           | Inicial del<br>2º nombre     | Apellido |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Número del expediente médico |          |

**NO FIRME A MENOS QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD.**

Nombre del paciente (en letra de molde)

Parentesco con el paciente

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha

Hora

### CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES

☐ Certification of Interpreter Services (if the patient's preferred language for health care is not English) - The information on this form and any explanations have been communicated to the patient using a qualified Medical Interpreter in the patient's preferred language, or by speaking to the patient as a Qualified Bilingual staff member.

\**Care Everywhere* es un componente de Epic®; el sistema electrónico de expedientes médicos de UCHealth. El sistema permite que médicos y enfermeras intercambien electrónicamente información del paciente en el expediente médico en Epic, con otros profesionales de la salud que también usan el sistema de expedientes médicos electrónicos de Epic. El objetivo es facilitar la interoperabilidad entre sistemas y compartir información médica entre los profesionales de la salud y así mejorar la calidad de la atención de salud.

