



SOLICITUD DE EXCLUSION VOLUNTARIA

Entiendo que la participación en el intercambio de información de salud (HIE) es voluntaria y que si no quiero participar puedo elegir a no tener (opt-out) información sobre mi salud visible, que incluirá el **no hacer disponible mi información en situaciones de emergencia**. Si opto por no tener mi información compartida, mi capacidad para recibir atención médica **no será afectada**.

Por favor, marque todas las casillas de abajo indicando que usted ha leído y entendido cada una de las siguientes afirmaciones.

- Entiendo que al enviar esta forma solicitando exclusión voluntaria y seleccionando esta opción, mi información de salud no será visible en el sistema PHIX o visible por cualquiera de los proveedores de salud a través del sistema PHIX.
- Entiendo que al presentar esta solicitud de exclusión voluntaria y al seleccionar esta opción mi información de salud no será visible en el caso de una emergencia.
- Entiendo que tengo la libertad de anular esta forma de exclusión voluntaria en cualquier momento y puede hacerlo completando una forma para anular la exclusión voluntaria que se puede obtener en la pagina de PHIX www.phixnetwork.org o a través de mi proveedor de atención médica.
- Entiendo que esta solicitud sólo se aplica para compartir mi información de salud a través del sistema PHIX. Reconozco que cuando vea a algun proveedor de atención médica para algun tratamiento ese proveedor puede solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores utilizando otros métodos permitidos por la ley, como el fax o correo.
- Entiendo que la opción será efectiva a mas tardar 72 horas o 3 días hábiles (el que sea mayor) después de la recepción de esta forma por PHIX. La información puede ser visible por los proveedores de servicios médicos a través del HIE hasta que esta forma entre en vigor.

Se debe llenar una forma por separado para cada miembro de la familia que solicite la exclusión voluntaria. **ES NECESARIO COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS** de esta forma para ser procesados. Un número de teléfono de contacto es necesario en caso de que PHIX necesite contactarlo para confirmar su información demográfica.

Apellido del paciente

Primer Nombre

Nombres Anteriores

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

() _____ - _____

Número de teléfono

Seguro Social (últimos 4 dígitos)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha de la firma

Firma del padre/tutor

Fecha de la firma

Nombre del padre/tutor

() _____
Número de teléfono del padre/tutor

Padre

Tutor

Otro(a) _____

Esta sección debe ser completada por un notario público o proveedor de cuidado de la salud (o personal de la oficina):

Section to be completed by a Notary Public or Health Care Provider (or office staff):

I witnessed the above named individual signing this document and the individual is personally known to me or provided me with valid picture identification on this day _____ of , 20_____.

Notary or Provider

Signature: _____ Phone Number: _____

Print Name: _____ Date Signed: _____

(Must be original signature in black or blue ink)

PRACTICE ADMINISTRATOR: Please send the completed form via fax to 844-833-6810.