

HealthShare Exchange (HSX) Patient Opt Back In Form

Este Formulario deberá ser completado por personas que quieren participar en HealthShare Exchange (HSX), el Intercambio de Información Médica (HIE, siglas en inglés), después que decidieron salirse previamente.

Intercambio de información médica se refiere a compartir electrónicamente información médica de una manera que asegura un intercambio seguro de información médica para así poder proveer cuidado al paciente entre los proveedores de salud que participan.

Al completar este formulario para volver a entrar, la información médica acerca de ti será accesible para proveedores de salud y otros usuarios autorizados por medio de HIE. Este formulario sobrepasa cualquier formulario de salida de HSX completado previamente. Por lo tanto, los participantes de HSX que busquen información acerca de ti recibirán información médica según lo pidan.

Submission of Opt Back In Form

El formulario HSX Opt Back In puede completarse en línea. Además, HSX aceptará el formulario HSX Opt Back In Form o PA Patient and Provider Network OPT-Out o OPT-BACK-IN FORM por medio de envío de fax al: 215-422-4333 o por correo postal a:

HealthShare Exchange
American College of Physicians Building
190 N. Independence Mall West, Suite 701
Philadelphia, PA 19106
attention: Consent Management Department

o por email: consent@healthshareexchange.org



Información del paciente

Primer Nombre* _____
 Segundo Nombre _____
 Apellido * _____
 Apellido de soltera (si aplica) _____
 Dirección Actual* _____
 Ciudad actual * _____
 Estado actual * _____
 Código postal* _____
 País actual * _____
 Numero de Teléfono Principal* _____
 Numero de Teléfono Secundario _____
 Correo Electrónico actual _____
 Fecha de Nacimiento* _____
 (mm/dd/aaaa)
 Genero * _____
 * Información Requerida

Padre o Encargado (Si aplica)

Primer Nombre _____
 Apellido _____
 Numero de Teléfono Primario _____
 Correo Electrónico Actual _____
 Relación _____

Al mandar este formulario de Entrada, verifico que soy la persona que está escrito al principio del formulario, o que estoy legalmente autorizado para completar formularios en nombre de esa persona. La información provista en este formulario, y las preferencias expresadas, están correctas a lo mejor de mi habilidad.

Notification of Opt Back In

Si usted manda un formulario para Volver a Entrar, usted tiene el derecho de ser notificado que su Entrada ha sido completada. Por favor indique abajo como desea que se le notifique:

- Llamada y correo de voz, si es necesario, al número de teléfono provisto
- Carta a la dirección actual provista
- No Notificación