

HealthShare Exchange (HSX) Patient Opt Out Form

Este Formulario deberá ser completado por personas que **NO** quieren participar en HealthShare Exchange (HSX), el Intercambio de Información Médica (HIE, siglas en inglés).

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 salir, la información médica acerca de ti NO será accesible para proveedores de salud y otros usuarios autorizados por medio de HIE. Los participantes de HSX que busquen información acerca de ti recibirán un mensaje informándoles que has decidido salir.

Esta petición no prohíbe que tu proveedor de salud comparta tu información médica de otra manera basado en otras autorizaciones y leyes aplicables, o por otros métodos.

Tú puedes decidir participar de nuevo en el HIE en cualquier momento, solo tienes que llamar al (855) 479-7372 o mandar un correo electrónico a: consent@healthshareexchange.org.

Submission of Opt Out Form

El Formulario de exclusión de HSX se puede completar en línea. Además, HSX aceptará el Formulario de exclusión de HSX o la OPT-Out de la red de proveedores y pacientes de PA o el formulario de OPT-BACK-IN a través del 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



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 Salida, 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.

Notificación

Si usted manda un formulario para Salirse, usted tiene el derecho de ser notificado que su Salida 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