



## 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 ingles), 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

The HSX Opt Back In Form can be completed online. In addition, HSX will accept either the HSX Opt Back In Form or the PA Patient and Provider Network OPT-Out or OPT-BACK-IN FORM via fax submission to: 215-422-4333 or through the mail to:

HealthShare Exchange of Southeastern Pennsylvania

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 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
- NoNotificación