



**Health Information Exchange
OPT-OUT REQUEST FORM
FORMULARIO DE EXCLUSION PARA NO PARTICIPAR**

Comprendo que mi participación en PHIX y/o el sistema de data interoperabilidad/Health Information Exchange, el cual es un sistema de intercambio de información clínica, es voluntaria y que si no quiero participar tengo la opción de que mi información clínica no sea compartida lo cual incluirá que en casos de emergencia mi información clínica no estará disponible. Mi opción de no compartir mi información **no afectará** mi capacidad de recibir atención médica.

Por favor marque todas las casillas para indicar que usted ha leído y comprende cada una de las declaraciones que se indican a continuación.

- Comprendo que al presentar este Formulario de Exclusión y seleccionar esta opción, mi información clínica **NO ESTARÁ disponible o visible por cualquiera de los proveedores de atención médica.**
- Comprendo que al presentar este Formulario de Exclusión y elegir esta opción, mi información clínica **NO ESTARÁ disponible en caso de una emergencia.**
- Comprendo que tengo la libertad de revocar este Formulario de Exclusión en cualquier momento si lo solicito a un miembro del personal de recepción de la clínica.
- Comprendo que esta petición solo corresponde a la elección de compartir mi información clínica a través a data interoperabilidad /HIE. Reconozco que cuando consulte a un proveedor de atención médica para tratamiento el/la proveedor(a) puede solicitar y recibir mi información clínica de otros proveedores usando otros métodos que permita la ley.
- Comprendo que la exclusión tendrá vigencia dentro de un plazo razonable después de que la clínica and interoperabilidad /HIE sistema reciban este formulario. La información puede ser visible por los proveedores de servicios médicos a través interoperabilidad /HIE sistema hasta que esta forma entre en vigor.

Cada miembro de la familia que solicite una exclusión voluntaria de su información debe llenar un formulario por separado. Para que este documento se tramite, **SE DEBEN LLENAR TODOS LOS ESPACIOS.**

<i>Apellido del paciente</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo nombre</i>	<i>(Nombres anteriores/apodos)</i>
<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zona postal</i>
<i>() - Número de teléfono principal de contacto</i>	<i>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)</i>		

Firma del paciente	Fecha de firma
Firma del padre/la madre o tutor legal	Fecha de firma
Nombre del padre/la madre o tutor legal (letra de molde)	Número de teléfono principal del padre/la madre o tutor legal

Section to be completed by TTUHSC 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_____.

TTUHSC Witness

Signature: _____ Phone Number: _____

Print Name: _____ Date Signed: _____