



**Health Information Exchange  
REVOCATION of OPT-OUT  
REVOCACION A LA SOLICITUD DE EXCLUSION**

Presenté anteriormente una solicitud de "exclusión" a PHIX/interoperabilidad/HIE Solicito reintegrarme para que esta información esté disponible electrónicamente a mis proveedores de atención médica por medio del sistema PHIX y/o interoperabilidad/HIE.

- Cada miembro de su familia que llenó previamente una solicitud de exclusión y ahora desea revocarla, debe de llenar un formulario por separado.
- SE DEBEN LLENAR TODOS LOS ESPACIOS para que se tramite este documento.
- Un Número de Teléfono Principal es necesario en caso necesite comunicarse con usted para garantizar la exactitud de su información demográfica.

<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>( ) -</i>			
<i>Número de teléfono principal de contacto</i>			<i>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)</i>

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/la madre o tutor legal  
(letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono principal del padre/la madre o tutor legal

Padre

Tutor

Otro(a) \_\_\_\_\_

**Esta sección debe ser completada por TTUHSC EP staff**

**Section to be completed by TTUHSC EP 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: \_\_\_\_\_