



## Forma de Optar

**Por favor complete y devuelva este forma a su proveedor de atención médica quien regresara este forma a Health Current.**

Use este "Opt Back In Form" para cambiar una decisión anterior de optar por no compartir su información de salud de forma segura a través de Health Current, el intercambio de información de salud de Arizona (HIE). Si usted completó y devolvió a la forma y desea cancelar esa decisión, firme y envíe este forma a su proveedor de atención médica. Si está completa este forma para otra persona, las referencias a "Yo" y "mi" en esta forma se refieren a esa otra persona.

---

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Decisión de volver a optar.** Quiero cambiar una decisión anterior para optar por tener mi información de salud compartida a través de Health Current. Entiendo que al firmar este forma acepto que mi información de salud sea compartida de forma segura a través de Health Current. Esto incluye información de salud que fue recopilada antes de firmar este forma.

**Firma del Paciente o Padre/ Guardián/ Persona Autorizada para firmar decisiones medica:**

---

**Imprimir nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si firmado por una persona distinta del paciente, indique su autorización para firmar para el paciente (marque una):

- Esposo/Esposa    Padre/ Guardián    Persona Autorizada para firmar decisiones medica

Si está firmando en nombre de más de un paciente (como sus hijos) para cambiar una decisión anterior de optar, por favor llene una Forma de Optar separada para cada paciente.

---

**Provider Office Only:** This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_