



healthcurrent

Forma de Optar Por No

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

Este es “el formulario de exclusión opt-out” descrito en el Aviso de Prácticas de Información de Salud que su proveedor de atención médica le dio. Si usted cuenta con una exclusión opt-out, sus proveedores de atención médica no podrán acceder a su información de salud a través del HIE, incluso en una emergencia. Si está llenando este forma para otra persona, las referencias a "usted", "yo" y "mi" en esta forma se refieren a esa otra persona.

Si **no** desea que su información de salud sea compartida por Health Current, complete su nombre, fecha de nacimiento y elija Opción 1 o 2. Firme el formulario y dáselo a tu proveedor de atención médica.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

- Opción 1** - Bloquear toda la información de salud: No quiero que mi información de salud sea compartida por Health Current.
- Opción 2** - Bloquear Información de Salud: No quiero información de salud que provenga del proveedor de atención médica que se menciona a continuación, compartida con Health Current. Entiendo que si este proveedor de atención médica trabaja para una organización (como un hospital o un grupo médico), toda mi información de ese hospital o grupo médico puede estar bloqueada.

Si selecciona la Opción 2, proporcione el nombre completo, la dirección y el número de teléfono del proveedor de atención médica que desea bloquear para que comparta su información de salud a través del HIE. Si desea bloquear a más de un proveedor de atención médica, complete y devuelva este formulario para cada proveedor de atención médica.

| Proveedor de servicios de salud (Nombre y apellido) | Address | Phone Number |
|--|---------|--------------|
| | | |

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: _____ |