



## REVOCACIÓN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DEL HIE

Los clientes que quieran revocar un formulario de exclusión anterior deben usar este formulario

La participación del Departamento de Salud (Department of Health) en el Health Information Exchange (Intercambio de información médica, HIE) es una forma de permitir que los hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica participantes compartan su información médica de manera segura a través de medios electrónicos seguros. El objetivo del HIE es permitir a los proveedores participantes el beneficio de tener acceso a toda su información médica que guardan cuando le ofrecen servicios de atención médica. Su participación en el HIE es voluntaria y previamente ha optado por no participar en el HIE.

Al firmar este formulario, RECONOZCO y ACEPTO lo siguiente:

- Anteriormente ejercí mi derecho de optar por no participar en el HIE, pero cambié de opinión y me gustaría revocar mi decisión anterior. **Ahora me gustaría que mi información médica se comparta a través del HIE con todos los proveedores de atención médica que forman parte de mi atención y que participan en el HIE.**
- Comprendo que si firmo este formulario, toda mi información médica anterior y posterior a la fecha de hoy se compartirá a través del HIE.
- Comprendo que mi decisión de permitir que mi información médica se comparta a través del HIE puede revocarse nuevamente, en cualquier momento, al enviar un nuevo formulario de Exclusión del intercambio de información médica (HIE) del Departamento de Salud (DOH) en el lugar donde recibo mis servicios clínicos de dicho Departamento.
- Puede tomar hasta cinco (5) días hábiles después de la recepción procesar mi solicitud para permitir que se comparta mi información médica a través del HIE.

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Nombre o apodo anteriores	Fecha de nacimiento	Número de teléfono principal
Dirección	Ciudad	Estado                      Código postal

Si una persona que no sea la que se nombra arriba firma este formulario, la persona que lo firma certifica que actúa como (marque uno) \_\_\_\_\_ padre/madre, \_\_\_\_\_ tutor legal o \_\_\_\_\_ poder notarial para la atención médica de la persona arriba mencionada.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha