



healthcurrent

Formulario Para Optar por la Exclusión

Si no quiere que su información de la salud sea compartida mediante Health Current, favor de llenar y entregar este formulario a su proveedor de salud médica. Su proveedor de salud médica entregará el formulario a Health Current.

Este es el "Formulario Para Optar por la Exclusión" descrito en la Notificación de Prácticas de Información de la Salud. Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud mediante Health Current, el intercambio en Arizona de información de la salud (HIE)— incluso en una emergencia. Si está llenando este formulario para otra persona, las referencias a "usted", "yo" y "mi" en este formulario se refieren a la otra persona.

Si **no** quiere que su información de la salud sea compartida mediante Health Current, escriba su nombre, apellido y fecha de nacimiento en lo siguiente. Marque la casilla, "Opto por la Exclusión." Por último, firme y entregue el formulario a su proveedor de salud médica.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio: _____

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

Opto por la Exclusión: No quiero que ninguna de mi información de la salud sea compartida mediante Health Current.

Firma del Paciente:

Padre/ Tutor/ Persona Autorizada para firmar decisiones médicas:

Nombre y Apellido Impreso: _____ **Fecha:** _____

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, favor de indicar la autoridad de firmar para el paciente (marque una):

- Esposo/Esposa Padre/Tutor Cuidador con la autoridad para tomar decisiones médicas

Si está firmando en nombre de más de un paciente (como sus hijos), por favor llene un formulario distinto para cada paciente.

(Para uso del Proveedor solamente)

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

Organization/Provider: _____ Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____ Phone: _____