

## Formulario de Solicitud de Exclusión del Intercambio de Información Médica (HIE)

No deseo que mi información médica se comparta a través del HIE de Contexture. Entiendo que:

- Mi información aún puede enviarse por fax, correo postal u otros medios legales si es necesario para mi tratamiento o si la ley lo exige.
- Si consulto a un médico fuera de **inserte el nombre de la organización:** es posible que ese proveedor todavía reciba mis registros por otros medios.
- En caso de una emergencia, es posible que los médicos no puedan acceder a mi información médica a través de Contexture.
- Puedo cambiar mi decisión en cualquier momento presentando un Formulario de Solicitud de Inclusión de Contexture.
- Cada miembro de la familia debe presentar un formulario por separado.
- Debo firmar y entregar este formulario a mi proveedor de atención médica.

Primer y segundo nombre:	
Apellido:	
Otros nombres/apellidos:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque si quien firma es el representante legal

Nombre del representante legal (impresión): \_\_\_\_\_

### CONSULTORIO DEL PROVEEDOR: COMPLETE ESTE RECUADRO

Centro/Proveedor:

Fecha:

Número de teléfono:

**Envíe este formulario mediante una solicitud al servicio de soporte de Contexture o por fax al 720-285-3207.**