

Provider Location: _____

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE HASA "OPT-OUT" (opción de no participar)
ACCESO DE CUIDADO MEDICO SAN ANTONIO (HASA)**

Entiendo que la participación en un intercambio de información de salud (HIE) es voluntaria y que si no quiero participar puedo elegir la opción de no tener mi información de salud visible ("Opt-Out"), que incluirá no hacer mi información disponible en situaciones de emergencia. Si yo opto por no compartir mi información, esta opción no afectará mi habilidad para recibir atención médica.

Por favor, marque todas las casillas a continuación que indican que ha leído y que comprende cada una de las siguientes afirmaciones.

- Entiendo que al enviar este formulario de solicitud de opción de no participar "Opt-Out" en el intercambio de información de salud (HIE Opt Out Request Form) y al seleccionar esta opción, mi información de salud no será visible en el sistema de HASA HIE o por proveedores de atención médica a través del sistema de HASA HIE.
- Entiendo que al enviar este formulario de opción de no participar en el intercambio de salud y al seleccionar esta opción, mi información de salud NO SERA VISIBLE en caso de emergencia.
- Entiendo que soy libre de revocar este formulario Opt-Out en cualquier momento y puede hacerlo completando un formulario de revocación de formulario Opt-Out de Acceso de Cuidado Médico San Antonio HASA (HASA Health Information Exchange HIE Revocation of Opt Out Form) que puede obtenerse en el sitio web de HASA en www.hasatx.org/community/pdf o a través de mi proveedor de cuidado de la salud.
- Entiendo que esta solicitud sólo se aplica a compartir mi información de salud a través del sistema de HASA HIE. Reconozco que cuando veo a un proveedor médico para tratamiento, este proveedor puede solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores utilizando otros métodos permitidos por la ley, como el fax o correo.

Un formulario separado debe completarse para cada miembro de la familia solicitando la opción de no participar en el intercambio de salud HASA ("Opt-Out"). **Todos los campos del formulario se necesitan completar** para que este formulario sea procesado. Se requiere un número de teléfono de contacto en caso de que HASA necesite ponerse en contacto con usted para asegurar la exactitud de su información demográfica.

Apellido del Paciente Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre (Nombres Anteriores /Apodos)

Dirección de Envió Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono de contacto # de Seguro Social (últimos 4 dígitos) Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Firma del Paciente Fecha de la Firma

Firma del Padre/ Madre o Tutor Fecha de la Firma
Si paciente es menor de 18 años

Nombre de Padre/Madre/Tutor Teléfono de contacto

Padre/Madre Tutor Otro _____

Section to be completed by a Notary Public or Health Care Provider (or office staff):

I witnessed the above named individual signing this document and the individual is personally known to me or provided me with valid picture identification on this day _____ of _____, 20____.

Notary or Provider
Signature: _____

Phone Number: _____

Print Name: _____
Must be original signature in black or blue ink

Date Signed: _____

PRACTICE ADMINISTRATOR: Please send the completed form via HASAReferral to "HASA consent forms-sent here" (searchable in Location tab) or fax to 210-918-1376