

Provider Location:

REVOCACION DE FORMULARIO DE EXCLUSIÓN
HEALTHCARE ACCESS SAN ANTONIO
ACCESO DE CUIDADO MEDICO SAN ANTONIO (HASA)

Yo presenté previamente una solicitud de no participar ("opt out") en el sistema de intercambio de información de salud HASA y ahora estoy pidiendo mi reincorporación para que mi información de salud pueda ser accesible electrónicamente por los proveedores de salud autorizados a través del sistema de HASA.

- Una forma separada debe ser llenada para cada miembro de la familia que previamente opto por no participar y ahora está solicitando revocar dicha opción de no participar.
- TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS para que esta forma sea procesada.
- Número de teléfono de contacto es necesario 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* *Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)*
(últimos 4 dígitos)

Firma del Paciente *Fecha de la Firma*

Firma del Padre/ Madre o Tutor *Fecha de la Firma*
(Si paciente es menor de 18 anos)

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