



INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA REVOCACIÓN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE NO PARTICIPACIÓN

Este formulario deben completarlo los pacientes que previamente hayan optado por la no participación y actualmente deseen participar en los Intercambios de Información de Salud (HIE por sus siglas en inglés) que se hayan asociado con Beacon Health System (Beacon).

Los HIE son una manera segura de compartir su información de salud entre los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, centros de radiología, laboratorios y otros proveedores de atención médica participantes, a través de medios electrónicos seguros. El objetivo de los HIE es que cada uno de sus proveedores de atención médica participantes pueda tener el beneficio de recibir la información más actualizada disponible de parte de sus otros proveedores participantes mientras lo tratan.

Su participación en los HIE es voluntaria y la recepción o el pago de su tratamiento no estarán condicionados a la firma de este formulario.

Para más información sobre la no participación o la revocación de una solicitud existente de no participación, comuníquese con el Director de Privacidad de Beacon al (574) 647-7751 o envíe un correo electrónico a HIEOPT-OUT@beaconhealthsystem.org.

Al completar este formulario, expreso mi voluntad de revocar mi solicitud de no participación anterior y de volver a participar en los HIE. Entiendo que este formulario debe completarse y enviarse al Director de Privacidad de Beacon para que se reanude mi participación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de hoy _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer Otro/No deseo informarlo

Dirección _____ Correo electrónico _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono Principal _____ Número de Teléfono Secundario _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si este formulario lo presenta otra persona que no sea el paciente nombrado anteriormente, la persona que presenta el formulario certifica, por el presente, que actúa en calidad de (MARQUE UNA OPCIÓN): Padre/Madre Tutor Legal Otro

Nombre (en letra de imprenta) _____ Vínculo _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Número de Teléfono Principal _____ Número de Teléfono Secundario _____

Firma _____ Fecha _____

Quisiera que se me notifique sobre mi elección de participación de la siguiente manera (ELIJA UNA): Correo Electrónico Teléfono Carta
 Sin Notificación

Puede presentar este formulario completo al Director de Privacidad enviando una copia por correo electrónico a HIEOPT-OUT@beaconhealthsystem.org o enviando el formulario por correo postal a la siguiente dirección: Beacon Health System, Attn: Privacy Officer, 615 North Michigan Street, South Bend, IN 46601.