



Facility Location: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

RioOne FORMULARIO DE SOLICITUD DE "OPT-OUT" (opción de no participar)

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")...

Por favor, inicial 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 RioOne HIE o por proveedores de atención médica a través del sistema de RioOne 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 Red de información de la salud de RioOne (RioOne Health Information Exchange HIE Revocation of Opt Out Form) que puede obtenerse en el sitio web de RioOne en www. rioonehie.com 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 RioOne 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 RioOne ("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 RioOne necesite ponerse en contacto con usted para asegurar la exactitud de su información demográfica.

Form fields for patient information: Apellido del Paciente, Primer Nombre, Inicial del Segundo, (Nombres Anteriores /Apodos), Dirección de Envío, 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, Nombre de Padre/Madre/Tutor.

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 #: \_\_\_\_\_

Must be original signature in Blue or Black Ink

Print Name: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_

PRACTICE ADMINISTRATOR: Please send the completed form via RioOneReferral to "RioOne consent forms-sent here" (searchable in Location tab) or fax to 956-362-3177

Version: 1 Reference Doc: ROSOF 1 Approval Date: 12/11/2014

RioOne FORMULARIO DE SOLICITUD DE "OPT-OUT" (opción de no participar)