

Midwest Health Connection

Formulario de revocación de exclusión voluntaria

Este formulario debe ser utilizado por los pacientes que deseen **revocar** un formulario de exclusión previa.

El Intercambio de Información Médica de Midwest Health Connection (MHC HIE) es una manera de permitir que su información médica sea compartida por grupos médicos participantes, hospitales, laboratorios, otros proveedores de atención médica, planes de salud y otros usuarios autorizados a través de medios electrónicos seguros. El propósito del MHC HIE es darle a sus proveedores de atención médica, plan de salud y otros destinatarios autorizados la capacidad de acceder de manera eficiente a la información médica necesaria para su tratamiento, pago por su atención y otros propósitos legales. Su participación en el HIE es voluntaria y anteriormente ejerció su derecho a darse de baja (opt-out) del MHC HIE.

Al firmar este formulario, RECONOZCO y ACEPTO lo siguiente:

1. Anteriormente ejercí mi derecho a optar por no participar (opt-out) en el MHC HIE, pero he cambiado de opinión y me gustaría revocar mi decisión previa. Ahora me gustaría que mi información médica se compartiera a través del MHC HIE a mis proveedores de atención médica, plan de salud y otros destinatarios autorizados que participan o están conectados al MHC HIE.
2. Entiendo que al firmar este formulario, toda mi información de salud tanto antes como después de la fecha de hoy se compartirá a través del MHC HIE.
3. Entiendo que mi decisión de permitir que mi información médica se comparta a través de MHC HIE puede cancelarse nuevamente en cualquier momento mediante el envío de un nuevo "Formulario de exclusión" ("Opt-Out Form") completado a la dirección proporcionada en la parte inferior de ese formulario.
4. Puede tomar entre **2 y 5 días hábiles después de la recepción** para procesarse mi solicitud para permitir que mi información médica se comparta a través de MHC HIE.

Nombre del paciente: Apellido *	Nombre*	Inicial Segundo nombre
Nombre anterior o apodos:	Fecha de nacimiento del paciente: *	Número telefónico principal: * () -
Dirección postal: *	Ciudad:*	Estado: *
Zip:*	4 últimos dígitos de SSN:*	Representante de acceso del paciente:

*información requerida

Firma del paciente (o representante autorizado)

Fecha de firma

Formulario de revocación de exclusión (Revocation of Opt-Out Form) de MHC

Si es menor de 18 años, firma del padre o tutor

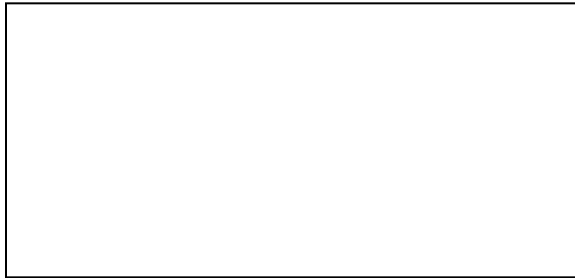
Nombre del representante legal * Relación con el paciente* Número de teléfono
*

Esta área debe ser completada por un Notario público

El instrumento anterior fue reconocido ante mí, Notario Público, el _____ (fecha) por _____ (nombre del paciente), conocido por mí como la persona cuyo nombre está suscrito al instrumento interno y reconoció que él/ella ejecutó el mismo para los fines contenidos en el mismo.

Firma del notario: _____ Estado: _____ Condado: _____

Sello del notario:



Instrucciones de presentación:

Enviar por correo a:

Midwest Health Connection
PMB 270
2000 East Broadway
Columbia MO 65201