



capitahealth

**CANCELACIÓN DE NO-PARTICIPACIÓN "OPT-OUT"
EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DE TRENTON**

CANCELLATION OF PRIOR TRENTON HEALTH INFORMATION EXCHANGE OPT-OUT Spa Trans. EE 2014

Name/Nombre: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Street Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código postal: _____

Phone/Teléfono: _____ e-mail/Correo electrónico: _____

Por el presente reconozco y acepto lo siguiente:

1. DESEO cancelar mi previa decisión de "No-Participación Opt-Out" con Trenton HIE, y ahora específicamente AUTORIZO que mi información que se encuentra en Trenton HIE esté disponible electrónicamente a mis proveedores;
2. ENTIENDO que al hacer esta selección, ahora TODOS mis proveedores autorizados que participan o que están conectados con Trenton HIE tendrán acceso a mi información médica que se encuentra en Trenton HIE;
3. ENTIENDO que al hacer esta selección, otros HIEs, con quienes Trenton HIE participa pueden tener acceso a mi información médica;
4. ENTIENDO que esta cancelación sólo se puede cambiar si específicamente envío un nuevo formulario de "No-Participación Opt-Out";
5. Tuve la oportunidad de recibir respuestas a todas mis preguntas con respecto a "Cancelación de No-Participación Opt-Out" y de otro tipo de preguntas; y
6. Esta solicitud puede tomar de 2 a 3 días laborales para entrar en efecto.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Si firma representante legal, declare autoridad: _____

Completed and signed Trenton HIE Opt-Out form can be sent to the Health Information Department at Capital Health.