



**capitahealth**

**NO-PARTICIPACIÓN "OPT-OUT"  
EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DE TRENTON**  
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 NO PARTICIPAR con Trenton HIE. Entiendo que al hacer esta selección, NINGUNO de mis proveedores de salud podrá tener acceso a mi información médica mantenida en alguna parte del Trenton HIE, incluso en casos de emergencia médica;
2. ENTIENDO que mis proveedores, quienes originalmente generaron información mía, seguirán teniendo acceso a mi información, pero sólo en el registro médico que ellos me crearon o al obtenerla por medio de métodos previamente establecidos;
3. ENTIENDO que No-Participación Opt-Out no le permitirá a Trenton HIE dar mi información médica a otros HIEs Conectados, aún en caso de una emergencia;
4. ENTIENDO que No-Participación Opt-Out NO lleva a cabo mi no-participación con cualquier otro HIE. ENTIENDO que si deseo no-participar en otro HIE, yo soy responsable de hablar con mi proveedor participante en tal HIE(s) y preguntar cómo puedo hacerlo;
5. Mi opción No-Participación Opt-Out permanecerá en vigor a menos que la cambie por escrito;
6. ENTIENDO que al entrar en efecto No-Participación Opt-Out, puedo cambiar esta decisión sólo si entrego el formulario de "Cancelación de No-Participación Opt-Out";
7. Tuve la oportunidad de recibir respuestas a todas mis preguntas con respecto a "No-Participación Opt-Out" y de otro tipo de preguntas;
8. Cualquier información que sea divulgada antes de entregar No-Participación Op-Out, no puede ser devuelta y se mantendrá con mi proveedor, quien pudo haber tenido acceso a tal información antes de que la No-Participación Op-Out entrara en vigor; y
9. Esta solicitud puede tomar de 2 a 3 días laborales para entrar en efecto.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma representante legal, declare autoridad: \_\_\_\_\_