

## Formulario de Exclusión del Intercambio de Información de Salud para Pacientes

**Este formulario debe ser usado por los pacientes que no desean participar o desean revocar una decisión anterior del programa de la Alianza de Salud del Estado de Arkansas para el Intercambio de Expedientes Médicos (SHARE por sus siglas en inglés).**

Este formulario limita el acceso electrónico a su información de salud. SHARE es un intercambio electrónico de información de salud que su proveedor usa para compartir información acerca de su salud con el propósito de proveerle cuidado a un nivel más alto y mejor coordinado. Su información de salud estará disponible a sus proveedores a menos que decida "opt-out" y no compartir su información electrónicamente.

Si Usted desea "opt-out" o no compartir su información, sus proveedores no tendrán acceso a su información de salud por medio de SHARE excepto en caso de una emergencia médica. Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y terminar su decisión de "opt-out." Usted puede solicitar una copia de este formulario. Si Usted firma como representante legal, toda la referencia en este formulario se refiere al paciente.

***INSTRUCCIONES: Si Usted no desea compartir su información a través de SHARE, Elija sólo una caja y suministre toda la información requerida abajo. Por favor, escriba su nombre, firma y ponga la fecha.***

**Solicitud a Excluirme u "Opt-Out."**  
Yo elijo excluirme u "opt-out." No quiero que mis proveedores de salud autorizados, accedan a mi información de salud por medio de entrada electrónica a través de SHARE.

O

**Solicitud a cancelar mi decisión anterior de excluirme u "Opt-Out."**  
Quiero revocar mi decisión anterior de excluirme u "opt-out." Llenando y firmando este formulario, Estoy permitiendo que mi proveedor de salud autorizado tenga acceso a mi información de salud a través de SHARE, a menos que este restringido por la ley.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino  
Apellido, 1 er Nombre, 2do. Nombre (Elija uno)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Apellido anterior o Otro Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Representante Legal : \_\_\_\_\_  
(Si aplica)

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Esta sección deber ser llenada por el Proveedor de Cuidados Médicos**  
*Please ensure your patient has completed all information above.*

Name of Health Care Provider: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Date form entered into electronic system by SHARE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_