



RIO GRANDE VALLEY HEALTH INFORMATION EXCHANGE SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

Anteriormente yo entregué una solicitud para “exclusión” de RGV HIE y ahora solicito que se restaure.

Yo entiendo que al entregar esta *Solicitud de Revocación de Exclusión Voluntaria de HIE*, mi información de salud **SERÁ** incluida en la base de datos de RGV HIE y podrá ser vista por otros proveedores del cuidado a la salud. **SOLO SE INCLUIRÁ** información confidencial si también marco el cuadro de abajo. Porque a veces la información de tratamiento incluye información confidencial de salud sobre VIH/SIDA, tratamiento a la salud del comportamiento, abuso de drogas y otros temas, necesitamos su permiso para poder agregar su información de tratamiento a nuestra red. Favor de indicar si acaso da su permiso para que se incluya su información confidencial.

SI, doy mi permiso para compartir mi información de salud confidencial por medio de RGV HIE.

____ Iniciales del Paciente

Yo entiendo que al entregar esta *Solicitud de Revocación de Exclusión Voluntaria del Intercambio de Información de Salud*, mi información de salud **ESTARÁ disponible para que los proveedores del cuidado a la salud la vean en caso de emergencia.**

Yo entiendo que esta petición solo aplica a compartir mi información de salud por medio del sistema de RGV HIE. Yo reconozco que cuando yo vea un proveedor del cuidado a la salud para tratamiento, ese proveedor podrá solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores usando otros métodos permitidos tales como fax o por correo.

Nombre del Paciente (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)
Nombres Anteriores
Dirección Postal
Número de Teléfono

Firma del Paciente

Fecha de la Firma

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

Padre

Tutor

Otro _____

Firma del Padre / Tutor

Fecha de la Firma

Nombre del Padre / Tutor

Número de Teléfono del Padre / Tutor