



**FORMULARIO PARA SOLICITAR PARTICIPAR O
SER EXCLUIDO DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN
MÉDICA DEL COMMONWELL
HEALTH INFORMATION EXCHANGE/COMMONWELL
OPT IN/OUT FORM**

Este es el formulario para participar o ser excluido. Si usted decide ser excluido, los proveedores de servicios médicos no podrán tener acceso a su información médica por medio del sistema a de intercambio de información médica o CommonWell, aún en caso de una emergencia. Si usted es el representante legal autorizado y está llenando este formulario para esta persona, las referencias a “usted”, “yo” y “mi” se refieren a la otra persona.

- Opción 1. Participar en el sistema a de intercambio de información médica y CommonWell:** Quiero que mi información sea compartida por medio del sistema a de intercambio de información médica y CommonWell.
- Opción 2. No quiero participar en el sistema a de intercambio de información médica y CommonWell:** No quiero que ninguna parte de mi información de Banner esté visible en el sistema a de intercambio de información médica y CommonWell, a partir de la visita del día de hoy y en adelante. (A menos que seleccione la opción #1 más adelante.

Paciente o Representante autorizado _____ Relación _____

Núm. de identificación del testigo _____ Fecha/hora _____

Firma del segundo testigo (sí fuera necesario) _____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente. Por favor indique su autoridad para firmar a nombre del paciente (marque uno):

- Cónyuge Padre o tutor Representante legal autorizado

Si firma a nombre de más de un paciente (como sus hijos), debe llenar un formulario separado para cada paciente.

Oficina del proveedor únicamente: *Por favor llénese antes de enviarlo vía fax seguro o correo electrónico seguro al HIE/CommonWell.*

Nombre en letra de molde: _____ Fecha/Hora: _____

Firma: _____





**HEALTH INFORMATION EXCHANGE/
COMMONWELL OPT IN/OUT FORM**

This is the "Opt In/Out Form." If you opt in, your healthcare providers will be able to access your health information through the Health Information Exchange or CommonWell, even in an emergency. If you opt out, your healthcare providers will not be able to access your health information through the Health Information Exchange or CommonWell, even in an emergency. If you are the legally authorized representative and are filling out this form for that person, the reference to "you", "I" and "my" in this form refer to the person for whom you are authorized to consent.

- Option 1 – Participate in the Health Information Exchange and CommonWell:** I wish to share my information with the Health Information Exchange and CommonWell.
- Option 2 – I do not wish to participate in the Health Information Exchange and Commonwell:** I do not want any Banner information visible in the Health Information Exchange and Commonwell effective with today's visit and forward. (Unless I elect option 1 at a later date.)

Patient/Authorized Representative Relationship

Witness ID Number Date/Time

2nd Witness Signature (if needed)

If signed by a person other than the patient, please indicate your authority to sign for the patient (check one):

- Spouse
- Parent/Guardian
- Legally Authorized Rep

If you are signing on behalf of more than one patient (such as your children), you must fill out a separate form for each patient.

Provider Office Only: Please complete before sending via secure fax or secure email to the Health Information Exchange/CommonWell.

Print Name: _____ Date/Time: _____

Signature: _____