



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

Entiendo que la participación en RGV HIE es voluntaria y que si no quiero participar puedo elegir “no participar” en que se incluya mi información médica en el sistema RGV HIE al firmar esta forma.

OPCIÓN: INFORMACIÓN NO SE COMPARTE; NO SE PUEDE VER EN UNA EMERGENCIA

Entiendo que al entregar esta *Solicitud de Exclusión Voluntaria de HIE* mi información médica **NO SE** incluirá en la base de datos de RGV HIE y no podrá ser vista por otros proveedores del cuidado a la salud.

Entiendo que al entregar esta *Solicitud de Exclusión Voluntaria de HIE* mi información médica **NO ESTARÁ disponible para que la vean los proveedores del cuidado a la salud en caso de emergencia.**

Entiendo que puedo revocar esta *Solicitud de Exclusión Voluntaria* en cualquier momento y puedo hacerlo al completar una *Solicitud de Revocación de Exclusión Voluntaria de RGV HIE* que se puede obtener de la página web de RGV HIE www.rgvhie.org o de su proveedor médico.

Entiendo que esta solicitud solo aplica a compartir mi información médica por medio del sistema de RGV HIE. Reconozco que cuando yo vea un proveedor del cuidado a la salud para recibir tratamiento, ese proveedor podría solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores usando otros medios permitidos, como fax o correo.

Nombre del Paciente (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	
Nombres Anteriores	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
Dirección Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico

_____	_____
Firma del Paciente	Fecha de la Firma
Si acaso es menor de 18 años, firma del padre o tutor	
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutor
<input type="checkbox"/> Otro	_____

_____	_____
Firma del Padre / Tutor	Fecha de la Firma

_____	_____
Nombre del Padre / Tutor	Número de Teléfono del Padre / Tutor