

**ACERCA DE HEALTHINFONET Y ESTE FORMULARIO DE INCLUSIÓN VOLUNTARIA**

**¿Qué es HealthInfoNet?** HealthInfoNet es un sistema informático seguro que recopila su información médica de diferentes ubicaciones de atención médica en un registro médico electrónico en todo el estado. Sus proveedores usan esta información para tomar mejores decisiones sobre su atención. También puede ayudarlos a prevenir errores, especialmente en una emergencia. Su historia clínica incluye información de medicamentos, alergias, resultados de pruebas y más.

**¿Mis registros son privados y están seguros?** HealthInfoNet encripta toda la información y utiliza conexiones seguras de computadora para recibir y compartir su información de salud. Solo las personas involucradas en su atención pueden ver su información. Para obtener más información sobre quién ha visto su registro de HealthInfoNet y cuándo lo vieron, usted puede visitar <http://hinfonet.org/for-patients>. Tenga en cuenta que ningún sistema es completamente seguro, pero HealthInfoNet hace todo lo posible para mantener sus registros seguros.

**¿Qué significa inclusión voluntaria?** Si previamente ha optado por no compartir su información médica en un registro de HealthInfoNet (es decir, ha optado por la exclusión), pero ahora desea compartir su información con los proveedores participantes de HealthInfoNet, debe optar por volver a participar (es decir, revocar la exclusión) en este servicio. Completar este formulario permitirá que su información médica general se comparta nuevamente. Cuando lo haga, su registro de HealthInfoNet comenzará a recopilar información médica a partir de la fecha de este formulario y en curso. Para obtener más información, puede visitar nuestros materiales de comunicación en línea: <http://hinfonet.org/for-patients>.

**INSTRUCCIONES:**

- **SI PREVIAMENTE HA OPTADO POR NO PARTICIPAR Y NO DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN, NO HAGA NADA CON ESTE FORMULARIO.**
- **SI PREVIAMENTE HA OPTADO POR NO PARTICIPAR Y DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN, COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.**

Si desea optar por compartir su información médica general con HealthInfoNet, por favor complete TODAS las secciones del siguiente formulario y envíelo por correo a HealthInfoNet a [60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260](mailto:60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260) o por fax al [207-541-9258](tel:207-541-9258).

Alternativamente, si desea completar este formulario en línea, por favor visite: <https://map.hinfonet.org:8443/patientoptions/optin>.

**ELIJO COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL CON HEALTHINFONET**

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> X	/	/	-	-
Género		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Número de Seguridad Social (no requerido)		
Número de teléfono (XXX-XXX-XXXX)				Dirección de correo electrónico		
Al firmar, entiendo que mi información médica general estará disponible para los proveedores que utilicen HealthInfoNet.						
Firma del paciente/tutor legal				Fecha (dd/mm/aaaa)		