

**ACERCA DE HEALTHINFONET Y ESTE FORMULARIO DE EXCLUSIÓN 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 exclusión voluntaria?** Si no desea que su información médica se incluya en un registro de HealthInfoNet, completar este formulario evitará que se comparta con los proveedores participantes de HealthInfoNet. Su decisión de exclusión voluntaria (es decir, no compartir su información) no afectará su capacidad para obtener atención médica. Si más tarde decide que desea incluir su información de salud en un registro de HealthInfoNet, puede completar un formulario de inclusión voluntaria (es decir, revocar la exclusión) que se encuentra en línea en: <http://hinfonet.org/for-patients>

**INSTRUCCIONES:**

- **SI DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL, OMITA ESTE FORMULARIO.**
- **SI NO DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL, COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.**

Si desea optar por no 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/optout>.

**ELIJO NO COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL CON HEALTHINFONET**

---

*Primer nombre**Segundo nombre**Apellido*

---

*Dirección**Ciudad**Estado**Código postal* Masculino    Femenino    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 de salud no estará disponible para los proveedores que usan HealthInfoNet, incluso en una emergencia.**

---

*Firma del paciente/tutor legal*/ /  
*Fecha (dd/mm/aaaa)*