

## Formulario Optar-Fuera del Sistema ICare de Connxus

(ICARE SYSTEM OPT-OUT FORM: Spanish version)

Yo entiendo que si ya he firmado un consentimiento o formulario de autorización permitiendo que se comparta mi información de manera electrónica mediante ICare, **yo no necesito firmar este formulario** y que mi información de salud se seguirá compartiendo mediante el sistema de ICare.

A mí me han explicado el Intercambio de Información de Salud de Connxus, el “Sistema ICare.” Entiendo que mi participación en el “Sistema ICare,” es voluntaria y si no quiero que se pueda revisar ni compartir mi Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés) de manera electrónica mediante el Sistema ICare, yo puedo firmar este formulario para optar fuera del sistema. Si firmo este formulario decidiendo así optar por fuera del sistema, mis proveedores de salud no podrán acceder de manera rápida mi Información de Salud Protegida mediante un sistema electrónico – el Sistema ICare. No me negarán atención médica, pero entiendo que la atención que reciba podría demorarse porque mi proveedor se verá obligado obtener información sobre mi condición médica contactando a otros proveedores y así pidiendo información sobre mi condición o incluso verse obligado obtener mi expediente de cada proveedor mío por separado.

*Favor de leer lo siguiente y firmar abajo:*

1. He decidido optar fuera y no compartir mis datos con el Sistema ICare.
2. Como resultado de optar por quedar fuera del sistema ICare:

**NONE** of my health care providers, plans or payors will be able to electronically access my health information through the ICare System, **except:**

**NINGUNO** de mis proveedores de atención médica, ni pólizas de aseguranza de salud, ni compañías responsable por cubrir el pago de los servicios médicos podrán acceder mi información de salud de manera electrónica mediante el Sistema ICare, **a menos que:**

- a. sea una Emergencia de Salud; o
- b. anule mi decisión optar no compartir mi información de salud protegida.

3. Esta decisión tendrá vigencia al menos que yo firme y presente un formulario revocando esta decisión directamente a Connxus por correo o correo electrónico.
4. He tenido la oportunidad hacer preguntas sobre este “Formulario Optar-Fuera del Sistema ICare”
5. Cualquier información que se comparte antes de que yo entregue este Formulario Optar-Fuera del Sistema ICare permanecerá con mis proveedores de salud quienes podrían haber tenido acceso a dicha información antes de que este Formulario Optar-Fuera del Sistema ICare entrara en vigencia y
6. Mi petición de “Optar Fuera” del sistema puede demorarse hasta tres **(3) días hábiles** desde que recibamos este formulario.

## Formulario Optar-Fuera del Sistema ICare de Connxus

(ICARE SYSTEM OPT-OUT FORM: Spanish version)

Hay que entregar un formulario para cada miembro de la familia pidiendo Optar Fuera del Sistema ICare.

---

Nombres y Apellidos del Paciente

---

Dirección Ciudad Estado Código Postal

( ) -  
Numero telefónico Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social Fecha de nacimiento

---

Firma del paciente Fecha de firma

---

Firma de la madre o del padre de familia - o - del Representante y/o guardián autorizado legalmente  
[ ] Madre/Padre [ ] Guardián [ ] Otro

Ubicación de su proveedor medico: \_\_\_\_\_

*Optar-Fuera del Sistema ICare este completo y firmado, se le puede devolver a Connxus de dos formas:*

1. Por Correo – **Connxus, 1401 Lavaca St. PMB 40115, Austin, TX 78701.**
2. Por correo electronico – escanarlo, juntarlo al correo y mandarlo a [info@connxus.org](mailto:info@connxus.org)