

## REVOCACIÓN DEL FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL SISTEMA ICARE

Anteriormente presenté una solicitud a "Opt-Out" del Intercambio de Información de Salud de Connxus, conocido como el Sistema ICare, firmando un Formulario de Exclusión del Sistema ICare. Ahora solicito ser reintegrado al Sistema ICare para que mi Información de Salud Protegida ("PHI") pueda compartirse electrónicamente con mis proveedores de atención médica, planes y pagadores que participan en el Sistema ICare ("Participantes") a través del Sistema ICare.

[ ] Al firmar este Formulario de Revocación de Exclusión del Sistema ICare, acepto que mi PHI se comparta, use y divulgue electrónicamente con Connxus y los Participantes en el Sistema ICare.

Se debe completar un formulario por separado para cada miembro de la familia que previamente firmó un Formulario de Exclusión del Sistema ICare y ahora está solicitando revocar esa decisión de Exclusión completando este Formulario de Revocación de Exclusión del Sistema ICare.

---

Nombre del paciente

---

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

---

( ) -

Número de teléfono de contacto  
Fecha de nacimiento

Últimos 4 dígitos de la Seguridad Social #

---

Firma del paciente

Fecha de firma

---

Firma del representante legalmente autorizado [ ] Padre [ ] Tutor [ ] Otro

---

Ubicación

del

proveedor:

---

Administrador de la práctica: Envíe el formulario de revocación de exclusión completo a Connxus, ATTN: Office Manager, 1401 Lavaca St. PMB 40115, Austin, TX 78701, o escanee y envíe a [info@connxus.org](mailto:info@connxus.org). [Formulario de exclusión del sistema ICare del paciente](#) [Formulario de exclusión del sistema ICare del paciente](#)