

Si no desea compartir su información sobre salud mental o VIH/SIDA (y no llenó esto anteriormente), no complete este formulario. Siempre puede invitar a cualquier proveedor a que vea su información. Los otros proveedores solo podrán ver su información si tiene una urgencia médica.

Si desea compartir su información sobre salud mental o VIH/SIDA con sus proveedores mediante HealthInfoNet, marque una de las siguientes casillas o las dos.

- Deseo** compartir mi información sobre salud mental con mis proveedores.
I want to share my mental health information with my providers.
- Deseo** compartir mi información sobre VIH/SIDA con mis proveedores.
I want to share my HIV/AIDS information with my providers.

Si aceptó compartir esta información anteriormente, puede cambiar de decisión. Para dejar de compartirla con sus proveedores mediante HealthInfoNet, excepto en el caso de urgencias, marque una de las siguientes casillas o las dos.

- No deseo** compartir mi información sobre salud mental con mis proveedores.
*I **DO NOT** want to share my mental health information with my providers.*
- No deseo** compartir mi información sobre VIH/SIDA con mis proveedores.
*I **DO NOT** want to share my HIV/AIDS information with my providers.*

Si desea eliminar TODA su información de salud de HealthInfoNet, incluso en el caso de urgencias, llene un formulario de “no inclusión en el sistema” disponible en www.hinfonet.org/optout o que le entrega su proveedor.

Primer nombre (*First Name*)

Segundo nombre (*Middle Name*)

Apellido (*Last Name*)

Domicilio (*Address*)

Ciudad (*City*)

Estado (*State*)

Código postal (*Zip Code*)

Sexo: Masculino (*Male*)

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Femenino (*Female*)

(*Date of Birth*) mes / día / año

Numero de Seguridad Social – No obligatorio
(*Social Security Number – not required*)

Teléfono de contacto durante el día (*Daytime Telephone*)

Dirección de correo electrónico (*Email*)

Firma del paciente o del tutor (*Signature of Patient or Guardian*)

___ / ___ / 20___
mes / día / año

**To be signed by Healthcare Provider, Notary Public, or HealthInfoNet Staff
(Hacer firmar por un profesional médico, un notario público o un representante de HealthInfoNet)**

On ___/___/20___, I attest that the above signer is personally known to me or established his/her identity by presenting government-issued photo identification.

Signature

Print Full Name

Employer/Organization

Solicite a un proveedor de atención médica o a un notario público que firme en el recuadro anterior y muéstrole su documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno. **Cuando esté firmado, envíenos este formulario a HealthInfoNet, 125 Presumpscot Street, Box 8, Portland, ME 04103 o envíelo por fax al 207-541-9258.** Si tiene dudas o necesita ayuda para obtener la firma del formulario, llámenos al 1-866-592-4352 o envíenos un mensaje de correo electrónico a info@hinfonet.org.