

Si desea que sus proveedores de atención médica compartan su información de salud mediante HealthInfoNet, no es necesario que complete este formulario.

¿Qué es HealthInfoNet?

HealthInfoNet es un sistema informático seguro que recopila su información de salud a partir de diferentes proveedores de atención médica en una historia clínica electrónica. Esto incluye información sobre sus medicamentos, alergias, resultados de exámenes y más. Contar con esta información puede ayudar a sus proveedores a tomar mejores decisiones respecto de su atención. También puede ayudar a evitar errores, especialmente en caso de urgencia.

¿Es privada y está segura mi historia clínica?

HealthInfoNet codifica toda la información y la envía a través de conexiones informáticas seguras. Solo las personas involucradas en su atención pueden ver su información. Para conocer quién vio su historia clínica y cuándo, visite www.hinfonet.org/audit. Por supuesto que ningún sistema es completamente seguro, pero HealthInfoNet se esfuerza por mantener la seguridad de su historia clínica.

¿Qué significa “no inclusión en el sistema”?

Si no desea que su información de salud se incluya en una historia clínica de HealthInfoNet, llene este formulario de “no inclusión en el sistema” es decir para que no se comparta su información de salud. Su decisión de no ser incluido en el sistema no afectará su posibilidad de recibir atención médica. Si luego decide que desea tener una historia clínica de HealthInfoNet, deberá llamar a HealthInfoNet o llenar un formulario de “inclusión en el sistema” en el sitio web de HealthInfoNet, en www.hinfonet.org/optin.

**Decido no compartir mi información de salud
(I choose not to share my health information)**

Si no desea tener una historia clínica de HealthInfoNet, llene este formulario y envíelo por correo a HealthInfoNet, 125 Presumpscot Street, Box 8, Portland, ME, 04103 o por fax al 1-207-541-9258. O bien, llene este formulario en línea en www.hinfonet.org/optout. Si tiene dudas, llame a HealthInfoNet al 1-866-592-4352 o al 207-541-9250, o envíenos un mensaje de correo electrónico a info@hinfonet.org.

Primer nombre (<i>First Name</i>)	Segundo nombre (<i>Middle Name</i>)	Apellido (<i>Last Name</i>)	
Domicilio (<i>Address</i>)	Ciudad (<i>City</i>)	Estado (<i>State</i>)	Código postal (<i>Zip Code</i>)
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino (<i>Male</i>)	Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___	_____ - _____ - _____	
<input type="checkbox"/> Femenino (<i>Female</i>)	(<i>Date of Birth</i>) mes / día / año	Número de Seguridad Social –no obligatorio (<i>Social Security Number – not required</i>)	

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

Dirección de correo electrónico (*Email*)

Al firmar, comprendo que mi información de salud no estará a disposición de proveedores mediante HealthInfoNet, incluso en caso de urgencia. (*By signing, I understand that my health information will not be available to providers using HealthInfoNet, even in an emergency.*)

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

____ / ____ / 20____
Fecha mes / día / año
(*Date*)

Notificación conforme a la ley estatal de Maine. (*This notice is provided as required by Maine State Law.*)