

Patient Identification Label	
Name	
MRN	
DOR	
Date of service	

Health Information Exchange (HIE) Opt-In/Out Request

Your healthcare provider participates in the electronic exchange of protected health information ("PHI") with other health care providers and health insurance plans through approved health information exchange (HIE) organizations. Through your provider's participation, PHI is shared with other providers, health insurance plans, and other permitted recipients of PHI, for treatment, payment, and health care operations purposes. These health information exchanges maintain safeguards to protect the privacy of your PHI, as required by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). You are able to opt-in or opt-out of having your PHI accessed on these exchanges.

☐

If you would like to OPT-IN, select this box.

I understand that by OPTING-IN I am requesting that my health information is shared through my provider's approved health information exchange organizations.

☐

If you would like to OPT-OUT, select this box.

I understand that by OPTING-OUT I am requesting that my health information is not shared through my provider's approved health information exchange organizations.

DO NOT SIGN UNLESS YOU HAVE READ AND THOROUGHLY UNDERSTAND THIS FORM.

Name of patient (printed)

Relationship to patient

Signature of patient or legally authorized representative

Date

Time

CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES

- ☐ Certification of Interpreter Services (if the patient's preferred language for health care is not English). I have communicated the information on this form and any explanations to the patient using a qualified Medical Interpreter in the patient's preferred language, or by speaking to the patient as a Qualified Bilingual Provider.

Patient Identification Label	
Name	
MRN	
DOB	
Date of service	

Solicitud de autorización/denegación en los sistemas de intercambio de información

(Health Information Exchange (HIE) Opt-In/Out Request)

Su profesional de la salud participa en el intercambio electrónico de información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con otros profesionales de la salud y planes de seguro médico, por medio de organizaciones aprobadas de intercambio de información médica (HIE, por sus siglas en inglés). Mediante la participación de su profesional de la salud, otros profesionales de la salud, planes de seguro y receptores de PHI autorizados pueden acceder a información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y atención médica. Estos sistemas de intercambio de información cuentan con medidas de seguridad para proteger la privacidad de su información médica, tal como lo estipula HIPAA. Usted tiene la opción de autorizar o denegar el acceso a su PHI en estos intercambios.

☐

Si desea AUTORIZAR el acceso, marque esta casilla.

Entiendo que, al elegir AUTORIZAR, solicito que se dé acceso a mi información en los sistemas de intercambio de información aprobados por el profesional de la salud.

☐

Si desea DENEGAR el acceso, marque esta casilla.

Entiendo que, al elegir DENEGAR, solicito que no se dé acceso a mi información en los sistemas de intercambio aprobados por mi profesional de la salud.

NO FIRME A MENOS QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Relación con el paciente

Firma del paciente o del representante legal autorizado

Fecha

Hora

CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES

- ☐ CERTIFICATION OF INTERPRETER SERVICES (if the patient's preferred language for health care is not English). I have communicated the information on this form and any explanations to the patient using a Qualified Medical Interpreter in the patient's preferred language, or by speaking to the patient as a Qualified Bilingual Provider.