



Patient Consent for Notice of Privacy Practices Addendum

English:

Health Information Exchange. Your PHI may be used and disclosed with other health care providers or other health care entities for treatment, payment, public health, and health care operations purposes, as permitted by law, through the Paso Del Norte Health Information Exchange (PHIX). For example, information about your past medical care and current medical conditions and medications can be available to other primary care physicians or hospitals, if they participate in PHIX. Exchange of health information can provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed treatment decisions. You may opt out of PHIX and prevent providers from being able to search for your information through the exchange. You may opt out and prevent your medical information from being searched through PHIX by completing and submitting an Opt-Out Form to the Front Desk.

Spanish:

Paso del Norte Health Information Exchange. Su información de salud protegida puede ser utilizada y compartida con otros proveedores u otras entidades de atención médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y con fines de salud pública, según lo permita la ley, a través del Paso Del Norte Health Information Exchange (PHIX). Por ejemplo, la información sobre su atención médica anterior, las afecciones médicas y medicamentos actuales pueden estar disponible para otros médicos de atención primaria u hospitales, si ellos participan en el PHIX. El intercambio de información de salud puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de atención así como ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones de tratamiento con mayor información. Usted puede optar por no participar en PHIX y evitar que los proveedores puedan buscar su información a través del intercambio. Usted puede optar por no participar y evitar que su información médica se busque a través de PHIX completando y enviando un formulario de exclusión voluntaria al registrador.

Parent/Guardian Signature:

Firma del padre o tutor legal: _____

Date/Fecha: _____

PCC Account: _____