



OPT-OUT REQUEST FORM

I understand that participation in a Health Information Exchange (HIE) is voluntary and that if I do not want to participate I can choose to opt-out of having my health information viewable, which will include not making my information available in emergency situations. If I opt to not have my information shared, my ability to receive health care **will not** be affected.

Please check all boxes below indicating that you have read and understand each of the following statements.

- I understand that by submitting this HIE Opt-Out Request Form and selecting this choice, my health information will *not* be viewable in the PHIX system or viewable by any healthcare providers through the PHIX system.
- I understand that by submitting this HIE OPT-OUT Request Form and selecting this choice my health information WILL NOT be viewable in an emergency.
- I understand that I am free to revoke this Opt-Out Form at any time and can do so by completing a *PHIX Revocation of Opt-Out Form* that can be obtained from PHIX's website www.phixnetwork.org or from my healthcare provider.
- I understand that this request only applies to sharing my health information through the PHIX system. I recognize that when I see a healthcare provider for treatment that provider may request and receive my medical information from other providers using other methods permitted by law, such as fax or mail.
- I understand that opting out will be in effect no later than 72 hours or 3 business days (whichever is greater) after receipt of this form by PHIX. My information may be visible to medical providers through the HIE until opting out is in effect.

A separate form must be filled out for each family member requesting to opt out. **ALL FIELDS NEED TO BE COMPLETED** for this form to be processed. A contact phone number is required in case PHIX needs to contact you to ensure accuracy of your demographic information.

<i>Patient Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Initial</i>	<i>(Previous Names/Nicknames)</i>
--------------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------------------

<i>Mailing Address</i>	<i>City</i>	<i>State</i>	<i>Zip Code</i>
------------------------	-------------	--------------	-----------------

<i>() - Contact Phone Number</i>	<i>Social Security # (Last 4 digits)</i>	<i>Date of Birth (mm/dd/yyyy)</i>
---------------------------------------	--	-----------------------------------

Signature of Patient	Date Signed
----------------------	-------------

Signature of Parent/Guardian	Date Signed
------------------------------	-------------

Parent/Guardian Name	Parent/Guardian Contact Telephone
----------------------	-----------------------------------

Parent
 Guardian
 Other _____

Section to be completed by a Notary Public or Health Care Provider (or PHIX staff):
 I witnessed the above named individual signing this document and the individual is personally known to me or provided me with valid picture identification on this day _____ of _____, 20____.

Notary or Provider
 Signature: _____ Phone Number: _____

Print Name: _____ Date Signed: _____
(Must be original signature in black or blue ink)



SOLICITUD DE EXCLUSION VOLUNTARIA

Entiendo que la participación en el intercambio de información de salud (HIE) es voluntaria y que si no quiero participar puedo elegir a no tener (opt-out) información sobre mi salud visible, que incluirá el no hacer disponible mi información en situaciones de emergencia. Si opto por no tener mi información compartida, mi capacidad para recibir atención médica **no será afectada**.

Por favor, marque todas las casillas de abajo indicando que usted ha leído y entendido cada una de las siguientes afirmaciones.

- Entiendo que al enviar esta forma solicitando exclusión voluntaria y seleccionando esta opción, mi información de salud no será visible en el sistema PHIX o visible por cualquiera de los proveedores de salud a través del sistema PHIX.
- Entiendo que al presentar esta solicitud de exclusión voluntaria y al seleccionar esta opción mi información de salud no será visible en el caso de una emergencia.
- Entiendo que tengo la libertad de anular esta forma de exclusión voluntaria en cualquier momento y puede hacerlo completando una forma para anular la exclusión voluntaria que se puede obtener en la pagina de PHIX www.phixnetwork.org o a través de mi proveedor de atención médica.
- Entiendo que esta solicitud sólo se aplica para compartir mi información de salud a través del sistema PHIX. Reconozco que cuando vea a algun proveedor de atención médica para algun tratamiento ese proveedor puede solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores utilizando otros métodos permitidos por la ley, como el fax o correo.
- Entiendo que la opción será efectiva a mas tardar 72 horas o 3 días hábiles (el que sea mayor) después de la recepción de esta forma por PHIX. La información puede ser visible por los proveedores de servicios médicos a través del HIE hasta que esta forma entre en vigor.

Se debe llenar una forma por separado para cada miembro de la familia que solicite la exclusión voluntaria. **ES NECESARIO COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS** de esta forma para ser procesados. Un número de teléfono de contacto es necesario en caso de que PHIX necesite contactarlo para confirmar su información demográfica.

Apellido del paciente		Primer Nombre		Nombres Anteriores	
Dirección postal		Ciudad		Estado	
() _____ Número de teléfono		_____ Seguro Social (últimos 4 dígitos)		_____ Fecha de nacimiento	
Firma del paciente		Fecha de la firma			
Firma del padre/tutor		Fecha de la firma			
Nombre del padre/tutor		() _____ Número de teléfono del padre/tutor			
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro(a) _____			

Esta sección debe ser completada por un notario público o proveedor de cuidado de la salud (o personal de la oficina):

Section to be completed by a Notary Public or Health Care Provider (or office staff):
I witnessed the above named individual signing this document and the individual is personally known to me or provided me with valid picture identification on this day _____ of, 20_____.

Signature: _____ Phone Number: _____

Print Name: _____ Date Signed: _____

PRACTICE ADMINISTRATOR: Please send the completed form via fax to 844-833-6810.

This Form is effective as of: 10/04/2013 Revised: 12/06/2022

PRACTICE ADMINISTRATOR: Please send the completed form via fax to 844-833-6810.