



Formulario de Solicitud de No Participación en MyHealth Access Network

Este formulario debe ser llenado en frente de y presentado a su proveedor del cuidado de salud, quien tiene que firmar abajo.

Yo solicito que mi información de salud *no* sea visible por medio de MyHealth Access Network (MyHealth). Por favor ponga sus iniciales indicando que ha leído y entiende las declaraciones siguientes:

_____ Yo solicito y entiendo que al entregar este formulario de solicitud de No Participación, mi información *no* será visible por mis proveedores del cuidado de salud por medio del MyHealth excepto en casos de emergencia.

_____ Entiendo que soy libre de regresar en cualquier momento y puedo hacerlo al llenar el formulario de Solicitud de Regreso a MyHealth Access Network, el cual se puede obtener en la página web de MyHealth <http://myhealthaccess.net/opt-in> o de mi proveedor del cuidado de salud.

Entiendo que esta petición solo se aplica al compartir su información de salud por medio del sistema de MyHealth. Reconozco que al ver un proveedor del cuidado de salud por tratamiento, el proveedor puede solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores usando otros métodos permitidos por la ley, como fax, correo, mensajería segura, u otras maneras.

(Un formulario separado tiene que ser llenado por cada uno de los miembros de la familia que solicitan no participación. **Todos los campos son obligatorios** para procesar el formulario. Un número del contacto se requiere en caso que MyHealth necesita ponerse en contacto con usted para asegurar la precisión de la información demográfica.)

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|---|
| Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Apellido: |
| Nombres o Apodos Anteriores: | | Fecha de Nacimiento: (mm / dd / aaaa) |
| Dirección: | | Los 4 Numeros Ultimos del Numero Social: |
| Ciudad, Estado, Codigo Postal: | | |
| Numero del Teléfono | | |

Por su seguridad, MYHEALTH REQUIERE QUE VERIFIQUE SU IDENTIDAD para procesar esta Petición.

Firma de Paciente (o Representante Autorizado)
Si tiene menos de 18 años, firma del padre o del guardián

Fecha de Firma

Firma del Representante de la Organización como testigo

Puesto (título) y Nombre de la Organización

Si usted no puede llenarlo en persona con su proveedor del cuidado de salud, usted puede tener este formulario notariado y mandarlo a:

MyHealth Access Network, ATTN: Opt Out, P.O. Box 56, Tulsa, OK 74101

----- **Notary Public Section** -----

State of _____ County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ by _____.
(Date) (Name of person acknowledged)

Notary Print Name: _____

Notary Signature: _____

| |
|--------------|
| Notary Stamp |
|--------------|