

Estimado/a Paciente:

Si ha enviado un formulario de solicitud pidiendo exclusión del el programa de Reliance y ahora le gustaría participar nuevamente en Reliance, por favor complete el siguiente formulario de Cancelación de Exclusión.

Mediante la presentación de un formulario de cancelación, proveedores autorizados de atención médica podrán buscar sus resultados de pruebas de salud y la información médica a través de Reliance. Esto incluye cualquier prueba u otra información médica que se ha generado, mientras usted no estaba participando.

Para su protección, su identidad debe ser verificada en una de tres maneras: tener este formulario notariado por un notario público o por un proveedor de atención de la salud con licencia, o presentar en la oficina Reliance una identificación oficial con fotografía válida. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con Reliance por teléfono: (855) 290-5443, o por correo electrónico a: support@RelianceHIE.org, también puede usted visitar el sitio web a www.RelianceHIE.org.

Reliance es bueno para usted y su médico:

Reliance es una forma más rápida y más segura para los proveedores de la salud incluyendo médicos, hospitales, laboratorios e instalaciones de diagnósticos por rayos X para compartir la información de salud del paciente. Reliance no es un registro completo de sus antecedentes médicos. Es una manera para que los proveedores de atención de salud puedan obtener rápidamente la información médica que necesitan para ofrecerle una mejor atención médica.

- Reliance es un medio **seguro** para que sus doctores reciban la información más actualizada sobre usted. Solamente aquellas personas que le están cuidando a usted tendrán permiso para ver sus resultados de pruebas y otra información médica. En un caso de emergencia, información que podría ser necesaria para salvarle la vida estará disponible a los médicos de emergencia en los hospitales participantes.
- Reliance **mejora el cuidado** brindado, al enviarle a su doctor los resultados obtenidos, en forma rápida y segura. Reliance también le ayuda a su doctor a referirle a un especialista para que pueda conseguir con más rapidez una cita.
- Reliance **le ahorra a usted tiempo y dinero**. Si un especialista le pide que se haga estudios antes de la visita prevista, su doctor le puede enviar para que le hagan el estudio *antes* de que usted lo ve al/los especialista(s). Ya que su doctor tendrá esta información antes de verlo en la cita, no le será necesario repetir estudios, ni llevar consigo a la cita sus antecedentes médicos.
- Reliance **protege su privacidad** porque está diseñado con seguros y estándares de seguridad, para proteger su información personal. Sus doctores pueden enviar información a otros médicos sin usar los teléfonos, correo o fax, y solo el personal apropiado y autorizado de los cuidados de su salud podrán ver la información. Reliance puede, también, rastrear precisamente quién ha visto la información, hecho que asegura aún más su información médica.

Gracias por ser a participante en Reliance!

Formulario de **Cancelación de Exclusión** Para el Intercambio de Información sobre Reliance

Por favor ponga sus iniciales confirmando que usted ha leído y entiende cada una de las siguientes declaraciones.

_____ Anteriormente decidí no participar en Reliance y completé un formulario de Solicitud de Exclusión.
Iniciales _____

_____ Entiendo que al enviar esta solicitud de cancelación autorizó a los profesionales de salud que busquen mi información médica a través de Reliance.
Iniciales _____

_____ Yo autorizo a Reliance para que cancele mi Solicitud de Exclusión anterior.
Iniciales _____

Nombre : _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Anterior Apellido/ o de Soltera: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (Ex: 01/01/1990) Sexo: Mujer Hombre

Dirección de Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Correo electrónico: _____ Últimos cuatro (4) Dígitos de número de seguro social: _____ (Ex. xxx-xx-1234)

Firma del/la Paciente o Representante Legal:

X _____ Fecha: _____
(Si usted es menor de los 18 años, debe firmar su madre/padre/o tutor legal)

Para su protección, debemos verificar su identidad para que Reliance pueda procesar la Solicitud de Cancelación.

Su identidad puede ser verificada mediante una de tres maneras: 1) hacer que este formulario sea firmado por un notario público; 2) firmado por un proveedor de atención médica con licencia; o 3) al presentar una identificación con foto y válida al personal en las oficinas de Reliance.

Este formulario debe ser entregado a Reliance con las firmas originales en tinta negra o azul.

Formulario de Cancelación de Exclusión

In English:

Section to be completed by a Notary Public or Licensed Health Care Provider:

Print Patient/Individual's Name Here: _____

I witnessed the above named individual (or their legal representative) sign this document and the individual is personally known to me and/or provided me with valid picture identification on this day ____ of _____, 20____.
Year Day Month

Notary or Provider
Print Name: _____ Phone Number: _____

Notary or Provider
Signature: X _____ Date Signed: _____

Must be an original signature in black or blue ink.

En Español:

Esta sección debe ser completada por un notario público o un proveedor de atención médica con licencia:

Escriba el nombre del Paciente/Individual aquí: _____

Soy testigo a que la persona arriba mencionada, o su representante legal firme este documento, y que esta persona me es conocida o me ha dado su identificación válida y con foto, este día ____ de _____, 20____.
Año Día Mes

Notario o Proveedor
Nombre _____ **Numero de**
Deletreado: _____ **Teléfono:** _____

Notario o Proveedor
Firma: X _____ **Fecha**
Firmado: _____

Debe ser una firma original en tinta negra o azul.