



Nombre del paciente \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Género M F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Formulario de consentimiento de intercambio de información de salud**

Utilice este formulario solo si desea cambiar su estado de consentimiento actual para permitir que LANES y Care Quality compartan su información con los médicos que tienen una relación de prueba o tratamiento con usted.

Marque la casilla junto a su elección para cambiar su estado para estar en el Intercambio de información de salud. Por favor, firme el formulario al final. Cada miembro de la familia debe llenar un formulario por separado.

**Opción 1: No acepto** que se vea mi información médica en Exchange.

**Opción 2: Quiero cambiar una decisión anterior de no unirme al Exchange.** Ahora acepto que mi información médica sea vista en Exchange. Esto puede incluir información anterior a la fecha de hoy.

**Por favor firme aquí:**

Fecha de firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Complete esta información solo si ha firmado el formulario para otra persona:**

¿Tiene la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente?

Si  No

¿Cuál es relación con el paciente? \_\_\_\_\_

**Esta sección solo para uso de la oficina:**

Verificado Por: \_\_\_\_\_

Firma del personal verificador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_