Formulario de Solicitud de No Participación

MyHealth Access Network es una red segura de intercambio de información de salud local, operada por una organización sin fines de lucro de Oklahoma bajo la dirección de sus miembros. Ayudamos a los trabajadores de la salud en Oklahoma a compartir eficientemente, de manera privada y segura, información de salud entre ellos acerca de los pacientes que tienen en común para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios. MyHealth Access Network también ayuda a los trabajadores de la salud con operaciones comerciales esenciales, incluyendo informes de salud pública e investigaciones post mortem. Solo aquellos cuyos trabajos requieren este tipo de información están autorizados para acceder de forma limitada, y todo ello se registra. El uso indebido del sistema es un delito, castigado con severas sanciones. Las normas de la red son establecidas por los miembros de la red.

Para excluirse de MyHealth Access Network, por favor, inicie que ha leído y comprendido lo siguiente:

_____ Al enviar este Formulario de Solicitud de Exclusión, estoy eligiendo que mi información de salud *no sea visible* para los trabajadores de la salud a través del sistema MyHealth Access Network.

_____ Entiendo que puedo optar por volver a participar en cualquier momento y puedo hacerlo completando un "Formulario de Solicitud de Regreso a MyHealth Access Network" que se puede obtener en el sitio web de MyHealth en myhealthaccess.net/opt-in o a través de un proveedor de atención médica que participe en MyHealth.

Ten en cuenta que esta solicitud no afecta a otros medios que tus proveedores de atención médica puedan utilizar para comunicarse, como sistemas interconectados de registros médicos, otras redes electrónicas, llamadas telefónicas o faxes, y no limita la capacidad de tus proveedores de atención médica para llevar a cabo operaciones comerciales esenciales. Para obtener más información y otras opciones de privacidad, consulta el aviso de prácticas de privacidad de tu proveedor de atención médica.

Se debe presentar un formulario separado para cada persona que solicite la exclusión. Por favor, complete la información de la misma manera que lo hace con sus médicos, para que todos los registros que le pertenecen puedan ser reconocidos y cubiertos por esta solicitud. Se requiere un número de teléfono de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para coordinar el cumplimiento de su solicitud. Las solicitudes se procesan al recibirlas, en cualquier caso, dentro de un día hábil. Este formulario requiere verificación de identidad, ya sea 1) al presentarlo a un proveedor de atención médica que forma parte de MyHealth, quien puede validar la solicitud y enviar el formulario de inmediato para su procesamiento; o 2) al firmarlo en presencia de un notario público, y teniéndolo notariado, luego entregándolo directamente a MyHealth. Si lo presenta directamente a MyHealth y el solicitante es un menor emancipado o utiliza un representante de atención médica, por favor, incluya documentación de la autoridad del firmante.

Primer Nombre:	**Segundo Nombre:**	**Appellido:**
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:		

Entregar a un proveedor que participe en MyHealth, O notarizar y enviar por correo a:

MyHealth Access Network
ATTN: Opt Out
PO Box 56,
Tulsa, OK 74101

_____ _____
Firma del Paciente / Representante Autorizado **Fecha de Firma**
(para el Representante Autorizado, por favor, escriba su nombre junto a la firma)

Verificación de Identidad

Proveedor de MyHealth

_____ _____
Firma: Testigo Nombre, Cargo y Organización Participante de MyHealth

Notario Público O

State of_____ County of _____
The foregoing instrument was acknowledged before me on

_____ by_____.
(Date) (Name of person acknowledged)

Notary Signature: _____ Name: _____

Notary Stamp

Form last modified September 2023