

**Health Information Exchange (HIE)
Participation Change**



Name: _____ Date of Birth: _____
Street Address: _____ Medical Record #: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Phone Number: _____ Email Address: _____

University Medical Center, Texas Tech University Health Sciences Center and UMC Physicians participate in a Health Information Exchange (HIE). The HIE is a secure, electronic way of sharing health information among participating hospitals, doctors' offices, pharmacies, and other healthcare providers. An HIE is important because sharing health information improves care. The HIE helps participating providers share information in a timely manner and more effectively coordinate your care.

I wish to change my participation status in the HIE. I have selected the correct status below:

I DO NOT WANT TO PARTICIPATE IN THE HIE

After considering my option of participating in the HIE, I have decided to OPT OUT and NOT participate in the HIE. By choosing to OPT OUT of the HIE, I hereby acknowledge and agree as follows:

1. Opting out of the HIE may delay access to important medical information.
2. My health information will not be shared among healthcare providers through the HIE. Instead, my providers will continue to share my information via previously established methods, such as phone, fax, or mail.
3. My health information will NOT be shared with other HIEs in which UMC, TTUHSC, and UMCP may participate.
4. Any information that is shared before I submit this HIE Opt-Out form may remain with providers who accessed information before this Opt-Out went into effect.

I WANT TO PARTICIPATE IN THE HIE

I previously opted out of participating in the HIE, but I have changed my mind. I want my medical information to be shared with healthcare providers through the HIE.

I understand that my HIE selection above will remain in effect unless I change it in writing. I understand that this request can take up to 3-5 business days to take effect.

If this form is signed by someone other than the person named above, the person signing the form hereby certifies that he/she is acting on behalf of the person named above as: (Check One)

Parent Legal Guardian Other (Specify Relationship): _____

Printed Name: _____ Date: _____

Signature: _____

Please forward the completed and signed HIE Opt-Out Forms to UMC by one of the following methods:

1. Fax to: 806-775-9157
2. Mail to: University Medical Center-Health Information Management; 602 Indiana Avenue; Lubbock, TX 79415



**Intercambio de Información de Salud (IIS)
Cambio de Participación**



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Número del Expediente Médico: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

University Medical Center, Texas Tech University Health Sciences Center y UMC Physicians participan en un Intercambio de Información de Salud (IIS). El IIS es un medio seguro electrónico de compartir información de salud entre hospitales, consultorios médicos, farmacias y otros proveedores de salud participantes. Un IIS es importante porque la información de salud compartida mejora el cuidado médico. El IIS ayuda a los proveedores participantes compartir información de una manera oportuna y coordinar su atención médica más eficazmente.

Quiero cambiar mi estado de participación en el IIS. A continuación he seleccionado el estado correcto:

NO QUIERO PARTICIPAR EN EL IIS

Después de considerar mi opción de participar en el IIS, he decidido DECLINAR y NO PARTICIPAR en el IIS. Al optar por no participar en el IIS, yo reconozco y acepto lo siguiente:

1. Optando por no participar en el IIS puede demorar acceso a información médica importante.
2. Mi información médica no será compartida entre proveedores de cuidado médico por medio del IIS. En vez de usar el IIS, mis proveedores seguirán compartiendo mi información por los métodos previamente establecidos, tales como teléfono, fax, o correo.
3. Mi información de salud no será compartida con otros Intercambios de Información de Salud en los que pueden participar UMC, TTUHSC, y UMC Physicians.
4. Cualquier información que se comparta antes de enviar este formulario de Cambio de Participación, puede quedar con el proveedor quien la accedió antes de que este Cambio entró en vigor.

QUIERO PARTICIPAR EN EL IIS

Previamente había decidido no participar en el IIS, pero he cambiado la mente. Quiero que mi información médica se comparta entre proveedores de atención médica por medio del IIS.

Entiendo que mi selección de arriba permanecerá en efecto a menos que yo la cambie por escrito. Entiendo que esta solicitud pueda tomar de 3-5 días laborales para tomar efecto.

Si este formulario es firmado por alguien que no sea la persona nombrada arriba, la persona que firma el formulario certifica que él o ella está actuando a favor de la persona nombrada anteriormente como: (Marque Uno)

Padre Custodio Legal Otro (Especifique la Relación): _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Firma _____

Favor de enviar este formulario de Cambio de Participación a UMC por uno de los métodos siguientes:

1. Fax al número: 806-775-9157
2. Correo: University Medical Center-Health Information Management; 602 Indiana Avenue; Lubbock, TX 79415

