



# Intercambio de Información de Salud de Puerto Rico (PRHIE)

## Formulario de Consentimiento Exclusión Voluntaria

Marque el encasillado correspondiente, complete el formulario y envíe a: [participantes.prhie@salud.pr.gov](mailto:participantes.prhie@salud.pr.gov)

**PRHIE no puede divulgar mi información de salud en el Portal del Paciente**

Al completar y firmar este formulario, certifico que he sido notificado(a) de los beneficios del Intercambio de Información de Salud de Puerto Rico y de mi derecho de optar por no tener mis datos compartidos entre los proveedores de cuidado de la salud a través del PRHIE. Entiendo que las leyes pueden requerir una divulgación de Información Protegida de Salud ante ciertas situaciones. Por ejemplo: el reporte de enfermedades contagiosas, maltrato de menores, violencia doméstica, intento de suicidio, seguridad nacional, emergencia de salud pública, etc.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/año)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Solicito que mi decisión de no divulgación sea cancelada**

Al completar y firmar este formulario, estoy permitiendo que mi información médica sea accesible a mis proveedores de cuidados de la salud a través del PRHIE. Entiendo que al reactivar mi servicio me limita a no realizar otra exclusión voluntaria por un periodo de un (1) año.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/año)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Llene todos los campos para el paciente que solicita la no divulgación o la cancelación de la no divulgación. Los formularios incompletos no serán procesados.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mm/dd/año)

\_\_\_\_\_  
Dirección Física

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
XXX-XX-

\_\_\_\_\_  
Seguro Social (últimos 4 números)

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

( )

( )

\_\_\_\_\_  
Teléfono Principal (incluir código de área)

\_\_\_\_\_  
Teléfono Alternativo (incluir código de área)

**Para más información puede acceder a [www.salud.pr.gov/PRHIE](http://www.salud.pr.gov/PRHIE)**