



Un intercambio de información de salud, o HIE, es una forma segura y electrónica para que los proveedores de atención médica y organizaciones compartan información clínica sobre sus pacientes. En Connecticut, el HIE a nivel estatal se llama Connie. Cuando necesite recibir atención médica, es crucial que su proveedor de atención médica tenga la información más reciente sobre su salud. Su proveedor puede buscar en el HIE su información de salud para utilizarla mientras cuida de usted.

**A continuación, puede seguir las instrucciones para optar por no compartir información clínica a través de Connie.** Su información de salud se eliminará de Connie en un plazo de 5 días hábiles. Una vez eliminados sus datos, su proveedor no podrá buscar en Connie su información de salud. Sin embargo, algunos proveedores utilizarán Connie para enviarle información sobre sus pacientes directamente entre ellos. Esto es lo mismo que cuando los proveedores comparten información por fax o correo.

Si un proveedor buscó su información en Connie y la incluyó en sus registros médicos antes de que completara su exclusión, esa información permanecerá en los registros médicos de ese proveedor.

**Existen excepciones.** La notificación de salud pública, como la notificación de enfermedades infecciosas a funcionarios de salud pública, seguirá ocurriendo a través del HIE después de decidir optar por no participar. Además, la información sobre Sustancias Controladas Peligrosas (CDS), como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Connecticut, seguirá estando disponible a través del HIE para proveedores con licencia.

**No es necesario que complete este formulario cada año.** Solo necesita completarlo una vez para usted mismo. No es necesario que lo complete para cada proveedor que tenga. Mantendremos esta información y su decisión en su lugar hasta que decida optar por volver a participar. Si no vive en Connecticut pero visita a un proveedor aquí, debe completar este formulario para excluirse.

Si cambia de opinión y desea compartir su información clínica, estaremos encantados de ayudarlo. Llámenos al 866-987-5514 para que podamos realizar ese cambio por usted. Lamentablemente, no podemos recuperar la información que eliminamos cuando optó por no participar, por lo que su información clínica histórica no estará en Connie.

Tiene varias opciones para excluirse del Intercambio de Información de Salud Connie. Seleccione una de las siguientes opciones.

1. Visite el sitio web de Connie en <http://www.conniect.org> (preferido).
2. Complete este formulario y envíe su formulario completo por correo electrónico a [help@conniect.org](mailto:help@conniect.org).
3. Complete este formulario y envíe su formulario completado por fax al 443.817.9587.
4. Complete este formulario y envíelo por correo a: Connie, 10 North Main Street, Suite 6, West Hartford, CT 06107\*.
5. Llame al 1.866.987.5514.



*Este formulario debe ser utilizado por pacientes que no desean participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE) en todo el estado de Connecticut.*

**Please complete this form if you do not want to share your clinical data in Connie, the statewide health information exchange.**

**Information for Patient Opting Out (Please PRINT Clearly)**

*All fields marked with an \* are required. You must be 13 years or older to fill out this form.*

Primer Nombre\* \_\_\_\_\_

Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido\* \_\_\_\_\_

Dirección Línea 1\* \_\_\_\_\_

Dirección Línea 2 \_\_\_\_\_

Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código Postal\* \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Principal\* \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Secundario \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\* \_\_\_\_\_

Sexo\*                      Masculino                      Femenino                      Otro/No deseo revelarlo

*Me gustaría recibir notificaciones sobre mi elección de participación de la siguiente manera (se debe proporcionar información de contacto)*

Mensaje de Texto                      Llamada telefónica                      Correo Electrónico                      Ningun Tipo de Notificación

Razón por Optar que No (Opcional): \_\_\_\_\_

*ISI este formulario esta firmado por una persona que es distinta la persona nombrado arriba, la persona firmando este formulario esta por la presente certificando que esta actuando como: (Por Favor Seleccione Uno)*

Padres                      Represante Legal                      Otro (Por Favor Especificé Su La Relación a La Persona Nombrado Arriba)

**Información de Contacto de la Persona que Esta Completando Este Formulario, si es Distinta al Paciente (Por favor, ESCRIBA Claramente)\***

Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**Información del Paciente (Por favor, ESCRIBA Claramente) \***

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_