



REVOCAION DE SOLICITUD DE OPTAR POR EXCLUIRSE

Por favor llene, firme y devuelva este formulario solamente si usted opto por excluirse antes y ahora ha cambiado su mente y no se opone que su proveedor de cuidado primario (PCP), hospital y/o especialista que administra su cuidado vean cierta información electrónica de salud (no de proveedores de salud mental o información relacionada con HIV) que el Programa de Salud HUSKY tenga acerca de usted de otros proveedores. Recuerde que su PCP, hospital o especialista que administra su cuidado puede usar esta información acerca de usted para propósitos de tratamiento y manejo de cuidado SOLAMENTE.

PASO 1: Enumere los miembros del hogar de 18 años o más de edad que <u>ahora está bien</u> que su PCP, hospital y/o especialista vean su información electrónica de salud de otros proveedores de cuidado de salud:				
1	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	# ID de HUSKY
2	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	# ID de HUSKY
Dirección de calle		# de Apt.	Ciudad, Estado, Código postal	
N° de teléfono		Dirección de correo electrónico		

PASO 2: Enumere los miembros del hogar menores de 18 años para quienes <u>ahora está bien</u> que su PCP, hospital y/o especialista vean su información electrónica de salud de otros proveedores de cuidado de salud:			
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	# de HUSKY
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	# de HUSKY
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	# de HUSKY
Apellido	Nombre	Fecha nacimiento (MM/DD/AAAA)	# de HUSKY

PASO 3: Firmar como Cabeza de Familia o otro miembro adulto (Cada adulto tiene que firmar):				
Al firmar este formulario, usted está diciendo que ha cambiado su mente y usted no se opone a que el Programa de Salud HUSKY divulgue electrónicamente información de salud acerca de usted, y/o sus hijos, según lo indicado arriba, de otros proveedores a sus PCP, hospitales y/o especialistas para propósitos de tratamiento y manejo de cuidado:				
1	Firma del/de la miembro o representante legal del/de la miembro	Nombre de la persona que firmó, en letra de molde	Si es representante legal, su relación con el/la miembro	Fecha
2	Firma del/de la miembro o representante legal del/de la miembro	Nombre de la persona que firmó, en letra de molde	Si es representante legal, su relación con el/la miembro	Fecha

POR FAVOR ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETADOS A:

HUSKY Health
Attention: Compliance
P.O. Box 5005
Wallingford, CT 06492

Servicios de Compromiso al Miembro del Programa de Salud HUSKY 1.800.859.9889