



## FORMULARIO DE OPTAR POR EXCLUIRSE

El Programa de Salud HUSKY quiere hacer todo lo posible para ayudar a coordinar su cuidado de salud. Por esta razón, a menos que no quiere que lo hagamos, Salud HUSKY permitirá que su proveedor de cuidado primario (PCP), el especialista que administra su cuidado y el hospital donde acostumbra ir, vean su información de salud electrónicamente.

**Si eso está bien para usted, no necesita hacer nada y no necesita enviar este formulario.**

Por favor firme y envíe este formulario al Programa de Salud HUSKY a la dirección abajo **SOLAMENTE** si **NO** desea que:  
 **Su PCP**    **Su especialista**    **Su hospital** [marque la(s) casilla(s) que aplique(n)] vean información electrónica de salud que el Programa de Salud HUSKY tenga sobre usted de otros proveedores. Si envía el formulario sin marcar ninguna de estas casillas, no permitiremos que ninguno de estos proveedores vea su información.

**PASO 1: Enumere los miembros del hogar de 18 años o más de edad que no deseen que el/los proveedor(es) vea(n) su información electrónica de salud desde otros proveedores de cuidado de salud (**Note que cada adulto anotado tiene que firmar abajo**):**

1	Apellido	Nombre	Fecha nacim. (MM/DD/AAAA)	# de ID HUSKY
2	Apellido	Nombre	Fecha nacim. (MM/DD/AAAA)	# de ID HUSKY
Dirección de calle		# de Apt.	Ciudad, Estado, Código postal	
N° de teléfono		Dirección electrónica		

**PASO 2: Enumere los miembros del hogar menores de 18 años para quienes usted no desea el/los proveedor(es) vea(n) su información electrónica de salud desde otros proveedores de cuidado de salud:**

Apellido	Nombre	Fecha nacim. (MM/DD/AAAA)	# de ID HUSKY
Apellido	Nombre	Fecha nacim. (MM/DD/AAAA)	# de ID HUSKY
Apellido	Nombre	Fecha nacim. (MM/DD/AAAA)	# de ID HUSKY
Apellido	Nombre	Fecha nacim. (MM/DD/AAAA)	# de ID HUSKY

**PASO 3: Firmar como Cabeza de Familia u otro miembro adulto:**

Al firmar este formulario y optar por la excusión, usted está diciendo que **NO** desea que el Programa de Salud HUSKY divulgue electrónicamente información de salud acerca de usted, y/o sus hijos, según lo indicado arriba, proveniente de otros proveedores, con los proveedores marcados arriba, aunque la información será usada por dichos proveedores únicamente para propósitos de la administración de tratamiento y administración de cuidado.

1	Firma de 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 de 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

HUSKY Health, Attention: Compliance, P.O. Box 5005, Wallingford, CT 06492, 1.800.859.9889