



## Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Efectivo el 25 de Agosto

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por el Aviso de Prácticas de Privacidad o las leyes que se aplican a MHCC o sus Clínicas se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

Formulario HIE Opt-Out: Wyoming Frontier Health Information Exchange (WYFI) le deja permitir que los grupos médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes compartan su información médica a través de medios electrónicos seguros. El propósito de WYFI es brindarle a cada uno de sus proveedores participantes el beneficio de tener acceso a su información médica que mantienen los proveedores participantes cuando le brindan atención médica. Su participación en el HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho a optar por no participar. Su recepción del tratamiento o la cobertura del plan de salud para el tratamiento no estará condicionada a si elige ejercer este derecho. A menos que opte por no participar, cualquier proveedor de atención médica autorizado que participe en WYFI, o sea miembro de un intercambio de información médica que esté conectado a WYFI, puede acceder electrónicamente y compartir su información médica a través de WYFI. Si desea optar por no participar en WYFI, notifique al registro.

---

Mi firma a continuación indica que se me ha proporcionado una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

**Firma del Paciente/Representante Legal**

---

**Fecha**

**Si es Representante Legal/indique la relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

---

**Firma del Testigo**

---

**Fecha**