

**Health Current Participant
Arizona's Health Information Exchange (HIE)**

**Fornara Eye Center, PC
199 S Candy Lane
Suite 2A
Cottonwood, AZ 86326**

I acknowledge that I received and read the Notice of Health Information Practices. I understand that my healthcare provider participates in Health Current, Arizona's health information exchange (HIE). I understand that my health information may be securely shared through the HIE, unless I complete and return an Opt Out Form to my healthcare provider.

Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés). Entiendo que mi información de salud puede ser compartida de forma segura a través del HIE, a menos que complete y regrese una Forma (Opt Out) sobre la opción de no participar del paciente a mi proveedor de salud.

Print name: _____ **DOB:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

If you are signing as a personal representative of the patient, please indicate your relationship:

Representative: _____ **Date:** _____

Relationship to patient: _____

Signature: _____