



Formulario de revocación de exclusión voluntaria del intercambio de información de salud

MR#:	*Nombre del paciente: (por favor escriba en letra de imprenta)	*Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	*Facilidad:

Cada miembro de la familia que desee optar por no participar debe completar un formulario por separado. Complete todos los campos obligatorios para un procesamiento preciso. Por favor escriba de manera legible con un bolígrafo negro.

Por la presente reconozco y acepto lo siguiente:

1. DESEO REVOCAR (cambiar) mi decisión anterior de optar por no participar en SacValley Med-Share HIE, y ahora AUTORIZO específicamente que mi información mantenida en SacValley MedShare HIE esté disponible electrónicamente para mis proveedores;
2. ENTIENDO que al hacer esta selección, ahora TODOS mis proveedores autorizados que participan en SacValley MedShare HIE o están conectados a SacValley MedShare HIE tendrán acceso a mi información de salud mantenida en SacValley MedShare HIE;
3. ENTIENDO que al hacer esta selección, mi información de salud puede ser accesible para otros HIE conectados con los que participa SacValley MedShare HIE.
4. ENTIENDO que esta Revocación solo puede modificarse si envío específicamente un nuevo formulario de exclusión voluntaria de HIE;
5. He tenido la oportunidad de recibir respuestas a todas mis preguntas relacionadas con esta “Revocación de exclusión voluntaria previa” y otras;
6. Esta solicitud puede tardar 5 días hábiles desde su recepción en surtir efecto. Complete la página siguiente; de lo contrario, su solicitud no se puede completar.

Los campos marcados con (*) son campos obligatorios para completar el procesamiento de exclusión.



Formulario de revocación de exclusión voluntaria del intercambio de información de salud

MR#:	*Nombre del paciente: (por favor escriba en letra de imprenta)	*Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	*Facilidad:

Por favor, escriba en letra de imprenta legible. Número de Seguro Social:	
--	--

*Nombre	*Apellido	*Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa

Dirección postal

Dirección de la calle	Ciudad	Estado	Cremallera

Número de teléfono	Número de historia clínica

*Sexo: Masculino Femenino Otro (marque una sola casilla)

Firma (Requerida): _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre del Representante Autorizado _____ Relación con el Paciente _____

Envíe el formulario completo a:

SacValley MedShare, 2485 Notre Dame Blvd. Suite 370-20 Chico, CA 95928

Los campos marcados con (*) son campos obligatorios para completar el procesamiento de exclusión.