

Cancelamento do formulário de cancelamento de troca de informações de saúde

1. Desejo cancelar minha decisão anterior de cancelar o intercâmbio de informações de saúde nas quais a Charles River Community Health participa. Compreendo que, ao tomar esta decisão, estou a autorizar que as minhas informações de saúde sejam compartilhadas pela Charles River Community Health através destes Intercâmbios de Informações de Saúde. Entendo que as informações compartilhadas podem incluir informações de natureza mais sensível, incluindo, mas não se limitando a: doenças ou testes genéticos, transtorno por uso de substâncias, problemas de saúde mental, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), vírus da imunodeficiência humana (HIV), doenças sexualmente transmissíveis doenças (DST) e controle de natalidade e aborto (planejamento familiar).

2. Entendo que, se mudar de ideia, poderei, a qualquer momento posteriormente, cancelar a participação nos Intercâmbios de informações de saúde dos quais Charles River Community Health participa, preenchendo e enviando um novo **Formulário de cancelamento de intercâmbio de informações de saúde**, conforme indicado no formulário .

Entendo que pode levar até dez dias úteis, a partir da data de recebimento, para que esta solicitação seja implementada.

X _____

Assinatura do Paciente

Imprimir nome

Data: ___/___/___ OU

X _____

Assinatura da pessoa autorizada a assinar pelo paciente

_____ e _____

Imprimir Nome

Relação com o paciente

Data: ___/___/___