

## Formulario de cancelación del intercambio de información médica

1. Deseo cancelar mi decisión anterior de excluirme de los Intercambios de información de salud en los que participa Charles River Community Health. Entiendo que al tomar esta decisión, autorizo que Charles River Community Health comparta mi información de salud a través de estos Intercambios de información de salud. Entiendo que la información compartida puede incluir información de naturaleza más sensible, que incluye, entre otros: enfermedades o pruebas genéticas, trastorno por uso de sustancias, afecciones de salud mental, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual. (ETS) y control de la natalidad y aborto (planificación familiar).

2. Entiendo que si cambio de opinión, en cualquier momento puedo optar por no participar en los Intercambios de información de salud en los que participa Charles River Community Health completando y enviando un nuevo **Formulario de exclusión voluntaria del Intercambio de información de salud** como se indica en el formulario.

Entiendo que pueden pasar hasta diez días hábiles, a partir de la fecha de recepción, para que se implemente esta solicitud.

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Imprimir nombre

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ O

X \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada para firmar por el paciente

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_