

Formulário de cancelamento de troca de informações de saúde

1. Desejo cancelar o intercâmbio de informações de saúde do qual a Charles River Community Health participa. Compreendo que, ao tomar esta decisão, as minhas informações de saúde não serão compartilhadas pela Charles River Community Health através destes Intercâmbios de Informações de Saúde a quaisquer participantes do Intercâmbio de Informações de Saúde fora da Charles River Community Health envolvidos nos meus cuidados, mesmo em casos de emergência médica. No entanto, minhas informações de saúde ainda podem ser compartilhadas por telefone, e-mail ou fax.

2. Entendo que este formulário de cancelamento de troca de informações de saúde proíbe apenas a Charles River Community Health de compartilhar minhas informações de saúde por meio das trocas de informações de saúde das quais a Charles River Community Health participa. participar em intercâmbios de informações sobre saúde. Se eu desejar cancelar o intercâmbio de informações de saúde dos quais meus prestadores de saúde não pertencentes à comunidade de Charles River participam, sou responsável por entrar em contato com cada um dos meus prestadores de saúde comunitários não pertencentes a Charles River para obter informações sobre como cancelar.

3. Entendo que esta opção de exclusão permanecerá em vigor, a menos que eu opte por participar novamente. Posso optar novamente a qualquer momento, preenchendo o **Formulário de cancelamento de troca de informações de saúde** da comunidade de Charles River e enviando conforme indicado no forma.

4. Esta desativação não se aplica a nenhuma informação de saúde compartilhada pela Charles River Community Health por meio do Health Information Exchanges antes que esta desativação entre em vigor.

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

Assinatura da pessoa autorizada a assinar pelo paciente

_____ e _____

Imprimir Nome

Relação com o paciente

Data: ___/___/___