

## Formulario de exclusión voluntaria del intercambio de información médica

1. Deseo excluirme del Intercambio de información de salud en el que participa Charles River Community Health. Entiendo que al tomar esta decisión, Charles River Community Health no compartirá mi información de salud a través de estos Intercambios de información de salud con ningún participante del Intercambio de información de salud fuera de Charles River Community Health involucrado en mi atención, incluso en casos de una emergencia médica. Sin embargo, mi información de salud aún se puede compartir por teléfono, correo electrónico o fax.

2. Entiendo que este formulario de exclusión voluntaria del intercambio de información médica solo prohíbe que Charles River Community Health comparta mi información médica a través de los intercambios de información médica en los que participa Charles River Community Health. Entiendo que mis proveedores que no son de Charles River Community Health también pueden participar en intercambios de información de salud. Si deseo excluirme de los intercambios de información de salud en los que participan mis proveedores de salud que no pertenecen a Charles River Community, soy responsable de comunicarme con cada uno de mis proveedores de salud que no pertenecen a Charles River Community para obtener información sobre cómo excluirme.

3. Entiendo que esta opción de exclusión permanecerá vigente a menos que elija volver a participar. Puedo volver a participar en cualquier momento completando el formulario de **cancelación del intercambio de información médica** de Charles River Community Health y enviándolo como se indica en el forma.

4. Esta exclusión voluntaria no se aplica a ninguna información de salud compartida por Charles River Community Health a través de los Intercambios de información de salud antes de que esta exclusión voluntaria entre en vigencia.

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