



3610B

ANULACIÓN DE LA SOLICITUD DE “NO PARTICIPACIÓN” EN LA RED ELECTRÓNICA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Información del Paciente

Nombre completo del paciente: _____ MRN# _____

Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Por este medio estoy anulando mi solicitud anterior de “no participación” en la Red Electrónica, solicitud que fue enviada al departamento de registros médicos (Health Information Management) de una de las entidades afiliadas a la red electrónica CareConnect*.

En este momento, solicito que la información médica relacionada a mis consultas en las entidades afiliadas a CareConnect se ponga a disposición de la Red Electrónica, permitiendo así a los proveedores médicos que me atienden fuera de CareConnect tener acceso a la información para la continuidad de mi atención médica.

Entiendo que esta solicitud de “participación” en el programa puede tomar hasta 2 (dos) días para procesarse.

Entiendo que esta solicitud de “participación” en el programa de la Red Electrónica se mantendrá en efecto, y no caducará, hasta que entregue al departamento de registros médicos un formulario de anulación/no-participación en el programa electrónico.

Firma del paciente / Representante autorizado

Fecha/Hora

Nombre en imprenta

Si este formulario lo firma otra persona que no es el paciente, dicha persona certifica por medio de la presente que está actuando como el representante del paciente (marque una casilla):

Padre/Madre Tutor Legal Otro (especifique) _____

Para más información, sírvase llamar al (909) 651-4191
LLU HIM - Envíe el formulario completo al fax (909) 651-4180
*Una lista de las entidades afiliadas a la red CareConnect está disponible en:
<http://careconnectpartners.lluh.org>

CareCONNECT
HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE)
ELECTRONIC NETWORK
REVOCATION OF OPT-OUT CONSENT
White - Chart Yellow - Patient

PATIENT IDENTIFICATION