

Nombre del paciente/Patient Name: _____ Fecha da nacimiento/DOB: _____

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR DE LOS SERVICIOS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Dirección del paciente /Patient Address: _____

Yo, el que suscribe, por medio de la presente, revoco la autorización que previamente proporcioné, mediante la cual los servicios de Intercambio de Información de Salud de USMD Hospital at Arlington (HIE de USMD) tenían permitido divulgar mi información de salud a los participantes del HIE.

Entiendo que esta revocación no se aplica a cualquier acción que mi proveedor de atención médica hubiera tomado con motivo de la autorización firmada con anterioridad.

Esta revocación se aplica únicamente a las divulgaciones realizadas por los servicios de HIE y no revoca ninguna otra autorización de divulgación de información que hubiera proporcionado a mis proveedores de atención médica.

Entiendo que esta solicitud revoca el acceso futuro a la información médica dentro del servicio del HIE de USMD que surge de las visitas a mis proveedores (anteriores y actuales) y entrará en vigencia a partir de la firma de esta revocación.

Luego de la recepción de este formulario, el departamento del HIE de USMD puede tomarse hasta 72 horas para implementar su revocación.

Fecha/Date: _____

Firma/Signature: _____

Paciente o representante legalmente autorizado

Patient or Legally Authorized Representative

Para uso del departamento representante For
departmental use: MRN/Acct #

Nombre en letra de molde del paciente o del representante
legalmente autorizado

Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Un "representante legalmente autorizado" es: 1) un tutor legal, 2) un agente autorizado en un poder notarial medico o en una directiva a los médicos, 3) un abogado nombrado por una corte, 4) un abogado contratado por el paciente o por el representante legalmente autorizado del paciente, 5) el padre o tutor legal de un menor de edad, o 6) una persona autorizada mediante la Ley de Consentimiento para un Tratamiento Médico de Texas (Texas Consent to Medical Treatment Act): el/la esposo(a) del paciente, un hijo adulto, el padre de un paciente adulto, una persona claramente identificada con anticipación por razón de discapacidad para actuar por el paciente, el pariente vivo más cercano o un miembro del clérigo. NOTA: Deberá presentarse prueba por escrito de la categoría de representante legal autorizado al proveedor antes de la divulgación de cualquier información.

Internal Use Only:

HIE document list flag added. Date: _____ Name: _____

Route the form to USMD Hospital at Arlington's Health Information Management Department after adding the HIE document list flag with a status of "Patient Refused".

Address: 801 West Interstate 20 Attn: HIM Department, Texas 76017 Fax: (817) 472-2820

Send encrypted e-mail to: medical.records@usmdhospital.com