

Formulario de Autoexclusión del Paciente del Intercambio de Información de Salud CaIMHSA Connex

Autoexclusión

No se puede acceder a mi información a través del HIE CALMHSA CONNEX.

Por favor, tenga en cuenta que autoexcluirse del HIE (Intercambio de Información de Salud) CALMHSA CONNEX solo evitará que se acceda a sus datos a través del sistema de HIE CALMHSA CONNEX. **Excluirse del HIE CALMHSA CONNEX no impide a los cuidadores de usted compartir su información. Si desea que se deje completamente de compartir su información electrónicamente, debe contactar con cada organización/proveedor(es) y solicitarlo.*

Cancelar Autoexclusión

Les solicito que cancelen mi decisión anterior de autoexcluirme. Al completar y firmar este formulario, estoy permitiendo que mi información de salud sea accesible a mis proveedores de salud a través del HIE CALMHSA CONNEX, según permitan o requieran las leyes federales o estatales.

Deben completarse todos los campos para procesar su solicitud de autoexclusión.

Nombre, Inicial intermedia, Apellido

** Si usted es un representante legal / persona autorizada, agregue su nombre después del nombre del paciente con su relación con el paciente.*

Domicilio

Ciudad, Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)

Género (M, F, Otro)

Últimos 4 Dígitos del Número de Seguro Social

Cliente/Firma de Paciente o Representante Legal*

Fecha (MM/DD/AA)

***Al firmar como representante legal, certifico que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del paciente. Se requerirá verificación de identificación para completar la solicitud.**

Se requerirá la verificación de identificación tanto para el paciente como para el representante legal / persona autorizada para completar la solicitud.