

Capital Health

Nombre del paciente _____
Segundo nombre del paciente _____
Apellido del paciente _____
Dirección Línea 1 _____
Dirección Línea 2 _____
Ciudad, estado, código postal _____
Número de teléfono principal _____
Número de teléfono secundario _____
Correo electrónico _____
Fecha de nacimiento _____
Sexo (M/F) _____

**Cancelación de exclusión previa
de los Intercambios de
información médica (HIE)**

Por la presente, reconozco y acepto lo siguiente:

- 1. DESEO cancelar mi decisión anterior de exclusión de todos los Intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) en uso en Capital Health, incluidos, entre otros, CommonWell y el Trenton Health Information Exchange, y ahora AUTORIZO específicamente a que mi información médica, presente en los HIE a los que se hace referencia anteriormente, esté disponible electrónicamente para mis proveedores.
- 2. ENTIENDO que, al hacer esta selección, ahora TODOS mis proveedores autorizados que están conectados o participan en los Intercambios de información médica en uso en Capital Health, incluidos, entre otros, CommonWell y el Trenton Health Information Exchange, tendrán acceso a mi información médica en los HIE mencionados anteriormente.
- 3. ENTIENDO que, al hacer esta selección, mi información médica puede ser accesible para otros HIE, incluidos, entre otros, los que participan en CommonWell HIE y Trenton HIE.
- 4. ENTIENDO que esta cancelación solo se puede modificar si envío específicamente un nuevo formulario de exclusión voluntaria.
- 5. He tenido la oportunidad de que respondieran a todas mis preguntas con respecto a esta "Cancelación de exclusión previa de Intercambios de información médica" y otras.
- 6. Se harán todos los esfuerzos posibles para procesar esta solicitud dentro de los diez (10) días hábiles.

Si este formulario está firmado por alguien que no sea la persona mencionada arriba, la persona que firma el formulario por este medio certifica que está actuando como:

(MARCAR UNO) _____ Padre/madre _____ Tutor legal
_____ Otro (especificar relación) _____ de la persona mencionada arriba.

Información de contacto de la persona que completa este formulario, si no es paciente (letra imprenta clara)

Nombre en letra imprenta _____ Número de teléfono _____

Información del paciente (letra imprenta clara)

Nombre en letra imprenta _____ Firma _____
Fecha _____

*****Para uso interno*****

Fecha de finalización: _____ Procesado por (nombre): _____

Envíe por correo su formulario completo a: **O envíe por fax su formulario completo a:**
Capital Health 1-609-303-4093
One Capital Way
Pennington, NJ 08534
Attn: Health Information Management