



DT884

## Children's Healthcare of Atlanta

**FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE LA SOLICITUD PREVIA PARA OPTAR POR NO PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)**

Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

MRN# \_\_\_\_\_

Account/HAR# \_\_\_\_\_

PATIENT IDENTIFICATION

Por medio de la presente reconozco y estoy de acuerdo con lo que se describe a continuación:

1. Deseo revocar (cambiar) mi decisión anterior de optar por no participar en ninguno de los Intercambios de Información Médica (HIE) en los que sean parte Children's Healthcare of Atlanta, Inc. ("Children's"), sus asociados<sup>1</sup>, y otros consultorios médicos de Children's que participen en el sistema electrónico de historias clínicas<sup>2</sup> (llamadas en conjunto, las "Entidades de historias clínicas electrónicas [EMR, por sus siglas en inglés] de Children's"), y en este momento autorizo en concreto que toda la información que me pertenece y se encuentra en alguno de los HIE mencionados se ponga a disposición en forma electrónica para el acceso de cualquiera de mis proveedores participantes;
2. Entiendo que al tomar esta decisión ahora, TODOS mis proveedores autorizados que forman parte o están relacionados con cualquiera de los HIE en el que participen las Entidades de EMR de Children's, tendrán acceso a mi información médica mantenida en esos HIE;
3. Entiendo que este documento de revocación solo se puede cambiar si yo envío en concreto un nuevo formulario de solicitud para optar por no participar en el Intercambio de Información Médica (HIE);
4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir las respuestas a todas mis preguntas sobre esta "Revocación de la solicitud previa para optar por no participar en el Intercambio de Información Médica (HIE)"; y
5. Esta solicitud puede demorar de 3 a 5 días laborables antes de que se lleve a efecto.

(Para que el formulario sea procesado se deben incluir todos los datos solicitados. Se requiere el número telefónico por si necesitamos comunicarnos con usted para garantizar que la información sea correcta.)

Primer nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Segundo nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Nombre(s) anterior(es) o sobrenombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  Varón  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Apellido de padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación o parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Si el paciente es mayor de 18 años de edad, firma del paciente

**Envíe este formulario completo a Children's Healthcare of Atlanta, Attn: Compliance c/o Privacy Office, 1575 Northeast Expressway NE, Atlanta, GA 30329**

<sup>1</sup>Encontrará una lista de las organizaciones asociadas a Children's en [www.choa.org/hie](http://www.choa.org/hie).

<sup>2</sup>Encontrará una lista de los consultorios médicos de Children's participantes del sistema electrónico de historias clínicas en [www.choa.org/hie](http://www.choa.org/hie)