



SACVALLEY MEDSHARE

www.sacvalleyms.org

El Intercambio de Información de
Salud para el Norte de California.

P.O. Box 9217

Chico, CA 95927-9217

Formulario de revocación de Opt-Out de intercambio de información de salud

Esta área debe ser completada por el personal del consultorio. Un asterisco () indica la información requerida.*

* **Clínica, Centro u Organización Nombre:**

MR#:

* **Nombre del paciente:** (en letra de imprenta)

* **Fecha de nacimiento:** (dd / mm / aaaa)

Declaración del Paciente

Por la presente reconozco y acepto lo siguiente:

1. **Quiero revocar (modificar) mi decisión de darse de baja de la SacValley MedShare HIE**, y ahora específicamente AUTORIZAR mi información mantenida en el SacValley MedShare HIE para ser electrónicamente disponible para mis proveedores;
2. ENTIENDO que al hacer esta selección, ahora TODOS mis proveedores autorizados que participaron en el SacValley MedShare HIE o están conectados con el SacValley MedShare HIE tendrán mi información de salud guardada en el SacValley MedShare HIE;
3. ENTIENDO que al hacer esta selección, mi información de salud puede ser accesible por otros HIEs conectados con los que participa el SacValley MedShare HIE;
4. ENTIENDO que esta revocación sólo se puede cambiar si yo específicamente presentar un nuevo HIE Opt-Out Forma;
5. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas con respecto a esta "Revocación del Opt-Out Previo" Y otros preguntas contestadas
6. Su solicitud será procesada dentro de los 10 días hábiles posteriores a su recepción por la sala de correo de SVMS. La confirmación se enviará por correo a la dirección indicada en este formulario. Si no ha recibido un aviso de confirmación dentro de los 30 días, póngase en contacto con nosotros en info@sacvalleyms.org.

Por favor llene la siguiente página para completar su Solicitud de Revocación de Opt-Out.



**SACVALLEY
MEDSHARE**
www.sacvalleyms.org

El Intercambio de Información de
Salud para el Norte de California.
P.O. Box 9217
Chico, CA 95927-9217

Formulario de revocación de Opt-Out de intercambio de información de salud

Esta área debe ser completada por el paciente.

Por favor, escriba con letra legible. El asterisco () indica la información requerida.*

*** Clínica, establecimiento u organización:**

*** Primer nombre:**

*** Apellido:**

*** Fecha de nacimiento:** (dd / mm / aaaa)

Número de seguridad social:

Número de teléfono:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro (marque sólo una casilla)

Dirección postal: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

*** Firma:**

*** Fecha:**

*** Nombre del Representante Autorizado:**

*** Relación con el paciente:**

SVMS debe ser capaz de confirmar la validez del estado de "Representación Autorizada" a través de la clínica, facilidad u organización listado en este formulario.

Enviar por correo: SacValley MedShare, PO Box 9217, Chico CA 95927-9217