

Descadastramento de Compartilhamentos Eletrônicos

Eu compreendo que a CHA trata minhas informações de saúde como confidenciais, conforme informado nas leis federais e estaduais. Estas leis permitem que a CHA compartilhe minhas informações de saúde por diversos motivos, incluindo para tratamentos e para gerenciar meus cuidados.

Compartilhar meu registro médico eletrônico com minha equipe externa de cuidados promove cuidados seguros. Por outro lado, ao optar por não compartilhar meus registros médicos eletrônicos com meus profissionais externos, minha equipe externa de cuidados não saberá de todas as minhas informações de saúde.

Eu compreendo as informações acima e não quero que a CHA compartilhe meus registros médicos eletrônicos com profissionais de saúde de fora da CHA.

Assinatura do(a) paciente/pessoa autorizada a assinar pelo(a) paciente

_____ **Data** _____

Sobrenome por extenso _____ **Primeiro nome** _____ **inicial do meio** _____

Data de Nascimento (obrigatório) _____

Endereço _____ **Apt #** _____

Cidade _____ **Estado** _____ **Zip** _____

Telefone (_____) _____ - _____

Favor enviar o formulário preenchido para:

Correio: CHA Everett Hospital
Gestão de Informações em Saúde,
103 Garland Street
Everett, MA 02149

Fax: 617-381-7277

Email:: HIM2@challiance.org