

Exclusión voluntaria del intercambio electrónico

Entiendo que CHA trata mi información de forma confidencial, de conformidad con las leyes federales y estatales. Dichas leyes permiten a CHA compartir mis datos fuera de CHA por diversos motivos, como mi tratamiento y la coordinación de mi atención médica.

Compartir mi expediente médico electrónico con mi equipo de atención médica externo favorece una atención más segura. Por el contrario, si decido no hacerlo, los proveedores médicos fuera de CHA no podrán obtener mi información de salud completa.

Entiendo lo anterior y no autorizo que se comparta mi expediente médico electrónico con proveedores de salud fuera de CHA.

Firma del paciente/persona autorizada a firmar por el paciente

_____ Fecha _____

Apellido (usar letra de molde) _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento (obligatorio) _____

Dirección _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____

Enviar el formulario completado a:

Correo: CHA Everett Hospital
Health Information Management 103
Garland Street
Everett, MA 02149

Fax: 617-381-7277

Email: HIM2@challiance.org