



Nombre impreso del paciente

Retiro de la entidad recibido por:

Retiro de consentimiento para participar en el Intercambio de Información en Salud de HEALTHeLINK

He firmado previamente un formulario de consentimiento de paciente que permite el acceso a mi tratamiento médico y a la información de pago ("Información médica") a través del Intercambio de Información Clínica del Oeste de Nueva York ("HEALTHeLINK") y ahora deseo retirar ese consentimiento. Si firmo este formulario como representante legal del paciente, entiendo que todas las referencias realizadas en este formulario en cuanto a "yo" o "mi" hacen referencia al paciente.

Al retirar mi consentimiento, entiendo que:

1. Los proveedores de servicios de salud y aseguradoras de salud en los que estoy inscripto ya no podrán acceder a mi información médica a través de HEALTHeLINK, excepto en casos de emergencia.
2. El retiro de consentimiento no afectará el intercambio de mi información médica, que se realizaba mientras mi consentimiento se encontraba en vigor.
3. Ningún proveedor participante de HEALTHeLINK me negará la asistencia médica y mi seguro de elegibilidad no se verá afectado en base a mi retiro de consentimiento.
4. Si deseo restablecer mi consentimiento, se me permitirá hacerlo firmando y rellenando un nuevo formulario de consentimiento de paciente y devolviéndolo a un proveedor participante.
5. Retirar mi consentimiento no impide que mis proveedores de cuidados de salud presenten reclamos a mi seguro de salud para el reembolso por los servicios que se me prestaron.
6. Comprendo que voy a obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del Representante legal del paciente

Fecha de firma

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal del Paciente

Imprimir nombre del Representante Legal del Paciente (si aplica)

Autoridad para firmar en nombre del paciente
(Ej., agente de cuidado de la salud, tutor, padre)