

Retiro del Consentimiento para Participar del Programa de Intercambio de Información sobre Salud de HEALTHeLINK

Anteriormente he firmado un formulario de Consentimiento del Paciente que permitía el acceso a mi tratamiento médico y a mi información sobre pagos (“Información Médica”) a través del programa de Intercambio de Información Clínica del Oeste de Nueva York (“HEALTHeLINK”) y ahora deseo retirar ese consentimiento. Si firmo este formulario en calidad de Representante Legal del Paciente, entiendo que todos los usos de "me", "mi", "mí" o "mis" en este formulario hacen referencia al Paciente.

Mediante el retiro de mi Consentimiento, entiendo que:

1. Tengo dos opciones para no dar consentimiento

NO **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los Participantes tengan acceso a la información electrónica sobre mi salud a través de HEALTHeLINK por el motivo

EXCEPTO que sea, *EXCEPTO en caso de emergencia médica*. Al marcar este casillero, usted decide que: “No, ninguno de los Participantes puede recibir acceso a mis registros médicos a través de HEALTHeLINK, salvo que sea una emergencia médica”.

NO **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los Participantes tengan acceso a la información electrónica sobre mi salud a través de HEALTHeLINK por el motivo **NUNCA** que sea, *INCLUSO en caso de emergencia médica*.

- Los proveedores de atención de salud y las aseguradoras de salud en las que me encuentro inscrito no tendrán acceso en adelante a mi Información Médica a través de HEALTHeLINK, excepto en caso de emergencia médica, a menos que elija **NO INCLUSO** durante una emergencia médica.
- El Retiro del Consentimiento no afectará el intercambio de mi Información Médica realizada mientras mi Consentimiento se encontraba vigente.
- Ningún proveedor participante de HEALTHeLINK me negará atención médica, ni mi derecho al seguro se verá afectado en relación con mi Retiro del Consentimiento.
- En caso de que desee volver a dar mi Consentimiento, podré hacerlo mediante la firma y el llenado de un nuevo formulario de Consentimiento del Paciente y la devolución del mismo a un proveedor participante.
- El hecho de retirar mi consentimiento no impide que mis proveedores de atención de salud presenten reclamos a mi aseguradora de salud por el reembolso de servicios que se me hubieran prestado.
- Comprendo que recibiré una copia de este formulario luego de que lo haya firmado.

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente

Fecha

Domicilio/Ciudad/Estado/Código Postal del Paciente

Nombre del Representante Legal del Paciente en Letra Imprenta (si corresponde)

Autoridad a firmar en nombre del paciente
(por ejemplo: agente al cuidado de su salud, tutor,

padre o madre)