

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR DE LOS SERVICIOS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

REVOCACTION AUTHORIZATION FOR HEALTH INFORMATION EXCHANGE SERVICES

Nombre del paciente / Name of Patient: _____

Fecha de nacimiento / Date of Birth: _____ Dirección / Address: _____

Yo, el que suscribe, por medio de la presente, revoco la autorización que previamente proporcioné, mediante la cual los servicios de Intercambio de Información de Salud de Texas Health Resources (HIE de THR) tenían permitido divulgar mi información de salud a los participantes del HIE.

Entiendo que esta revocación no se aplica a cualquier acción que mi proveedor de atención médica hubiera tomado con motivo de la autorización firmada con anterioridad.

Esta revocación se aplica únicamente a las divulgaciones realizadas por los servicios de HIE y no revoca ninguna otra autorización de divulgación de información que hubiera proporcionado a mis proveedores de atención médica.

Entiendo que esta solicitud revoca el acceso futuro a la información médica dentro del servicio del HIE de THR que surge de las visitas a mis proveedores (anteriores y actuales) y entrará en vigencia a partir de la firma de esta revocación.

Luego de la recepción de este formulario, el departamento del HIE de THR puede tomarse hasta 72 horas para implementar su revocación.

Fecha / Date: _____ Firma / Signature: _____

Paciente o representante legalmente autorizado
Patient or Legally Authorized Representative

Nombre en letra de molde del paciente o del representante legalmente autorizado
Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Para uso del departamento: MRN/No. de Cuenta
For departmental use: MRN/Acct #

Parentesco con el paciente
Relationship to Patient

Un "representante legalmente autorizado" es: 1) un tutor legal, 2) un agente autorizado en un poder notarial médico o en una directiva a los médicos, 3) un abogado nombrado por una corte, 4) un abogado contratado por el paciente o por el representante legalmente autorizado del paciente, 5) el padre o tutor legal de un menor de edad, o 6) una persona autorizada mediante la Ley de Consentimiento para un Tratamiento Médico de Texas (Texas Consent to Medical Treatment Act); el/la esposo(a) del paciente, un hijo adulto, el padre de un paciente adulto, una persona claramente identificada con anticipación por razón de discapacidad para actuar por el paciente, el pariente vivo más cercano o un miembro del clérigo. **NOTA:** Deberá presentarse prueba por escrito de la categoría de representante legal autorizado al proveedor antes de la divulgación de cualquier información.

Internal Use Only:

HIE document list flag added. Date: _____ Name: _____

Route the form to Texas Health Resources Health Interoperability team after adding the HIE document list flag status of "Patient Refused".

Address: 600 E. Lamar Blvd, Suite 301
Attn: ITS Interoperability Team
Arlington, Texas 76011
Fax: (682) 236-6487
Send encrypted email to: THRHE@texashealth.org



PATIENT IDENTIFICATION