Nombre del paciente/Patient Name:		Fecha da naciemiento/DOB:
REVOCACIÓN DE LA AUT		A PARTICIPAR DE LOS SERVICIOS DE INTERCAMBIO MACIÓN DE SALUD
Dirección del paciente /Patient Address:		
	Salud de Texas Hea	zación que previamente proporcioné, mediante la cual los alth Resources (HIE de THR) tenían permitido divulgar mi
Entiendo que esta revocación no se aplica a de la autorización firmada con anterioridad		ue mi proveedor de atención médica hubiera tomado con motivo
·	_	adas por los servicios de HIE y no revoca ninguna otra orcionado a mis proveedores de atención médica.
visitas a mis proveedores (anteriores y actu	ales) y entrará en v	ación médica dentro del servicio del HIE de THR que surge de las rigencia a partir de la firma de esta revocación. I HIE de THR puede tomarse hasta 72 horas para implementar su
revocación.	·	
Fecha/Date:	_ <i>Firma</i> /Signature	:
		Paciente o representante legalmente autorizado Patient or Legally Authorized Representative
Para uso del departamento		Nombre en letra de molde del paciente o del representante
For departmental use: MRN/Acct #		legalmente autorizado Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative
		Parentesco con el paciente/ Relationship to Patient
nombrado por una corte, 4) un abogado contratado po edad, o 6) una persona autorizada mediante la Ley de paciente, un hijo adulto, el padre de un paciente adult	or el paciente o por el repr Consentimiento para un T o, una persona clarament	torizado en un poder notarial medico o en una directiva a los médicos, 3) un abogado resentante legalmente autorizado del paciente, 5) el padre o tutor legal de un menor de ratamiento Médico de Texas (Texas Consent to Medical Treatment Act):el/la esposo(a) de e identificada con anticipación por razón de discapacidad para actuar por el paciente, el prueba por escrito de la categoría de representante legal autorizado al proveedor antes d

la divulgación de cualquier información.

Internal Use Only:				
HIE document list flag added. Date:	Name:			

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

Address: 612 E. Lamar Blvd, Suite 100 Fax: (817)250-5140

Attn: HIMS Data Integrity Arlington, Texas 76011

Send encrypted e-mail to: THRdataintegrity@texashealth.org





PATIENT IDENTIFICATION

Texas Health's Health Information Exchange Services **Revocation of Authorization** Page 1 of 1 (Revised 01/25)

Γ