



Retirada de Consentimiento para Organización de Proveedores Participantes

_____ (“_____”)

He firmado previamente un Formulario de Consentimiento de Paciente permitiendo a [_____] a acceder a mi información médica por el Intercambio de Información de Salud de Brooklyn (“BHIX” por sus siglas en ingles).

Entiendo que por retirar mi Consentimiento, [_____] ya no podrá acceder rutinariamente a información médica sobre mí por BHIX.

Si firmo este formulario como el Representante Legal del Paciente, entiendo que toda referencia en este formulario a “yo” o “mi” se refiere al Paciente.

1. La Retirada de Consentimiento no afectará el intercambio de información médica hecho mientras mi Consentimiento fue en efecto.
2. Esta Retirada de Consentimiento sólo se aplica a [_____] y no es aplicable a cualquier Consentimiento dado a otro Proveedor Participante en BHIX.
3. Puede tomar varios días para tramitar mi Retirada de Consentimiento
4. Ningún Proveedor Participante me negará cuidado médico y mi elegibilidad de seguros no será afectado basado en mi Retirada de Consentimiento.
5. Entiendo que si yo deseo restablecer Consentimiento para que [_____] accede rutinariamente a mi información médica por BHIX, lo puedo hacer por firmar y llenar un Formulario de Consentimiento de Paciente nuevo y por devolverlo a mi Proveedor Participante en mi próxima cita.
6. Entiendo que, a menos que yo firmo y lleno un Formulario de Consentimiento de Paciente nuevo en [_____] indicando que Yo Niego Consentimiento, [_____] todavía podrá acceder a información médica sobre mí por BHIX en una situación de emergencia. Puedo pedir a [_____] una copia del Formulario de Consentimiento de Paciente para Negar Consentimiento cuando entrego esta Retirada de Consentimiento.
7. Entiendo que recibiré una copia de este formulario después de que lo firme.

Nombre del Paciente en letra de imprenta
Print Name of Patient

Fecha de Nacimiento del Paciente
Patient’s Date of Birth

Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente
Signature of Patient or Patient’s Legal Representative

Fecha
Date

Nombre del Representante Legal del Paciente (si aplicable)
en letra de imprenta
Print Name of Patient’s Legal Representative (if applicable)

Relación del Representante Legal del Paciente
Relationship of Patient’s Legal Representative