

Revocación de la Autorización Para el Uso de Expedientes



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono y/o correo electrónico: _____

Yo, la persona que firma, estoy cancelando el consentimiento. El consentimiento permitía que el Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) de JPS Health Network divulgará mis expedientes médicos.

Sé que mis expedientes fueron compartidos en base a mi consentimiento anterior. Mi solicitud de cancelación entra en vigor cuando este formulario firmado sea procesado.

Sé que el equipo de Integración de Datos se puede tardar hasta 72 horas en completar la solicitud.

Este consentimiento es para los servicios de Intercambio de Información de Salud. Este consentimiento no cancela otros consentimientos para divulgar expedientes que yo haya dado. Sé que el Intercambio de Información de Salud no podrá tener acceso a mis registros en el futuro.

Fecha: _____ Firma: _____
Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Nombre Impreso del Paciente o del Representante Legal Autorizado

For Departmental Use: MRN/Acct # _____ Relación al Paciente _____

Un "representante/apoderado legalmente autorizado" es: 1) un tutor legal, 2) un agente autorizado en un poder notarial médico o directiva para médicos, 3) un abogado designado por un tribunal, 4) un abogado contratado por el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente, 5) un padre o tutor legal de un menor, o 6) una persona autorizada bajo la Ley de Consentimiento para Tratamiento Médico de Texas: el cónyuge del paciente, un hijo adulto, un padre del paciente adulto, una persona identificada antes de la incapacidad para actuar por el paciente, el pariente vivo más cercano, o un miembro del clero. NOTA: Se debe presentar evidencia escrita del estado de representante legalmente autorizado al proveedor de cuidado médico antes de la divulgación de cualquier información.

Envíe este formulario por correo postal, fax o correo electrónico al equipo de Integración de Datos

Dirección: Attn: Health Information Management, Data Integrity
1500 S. Main Street
Fort Worth, Texas 76104

Número de Fax: 817-702-5700

Envíe un mensaje de correo electrónico encriptado a: him-dataintegrity@jpshealth.org