

## FORMULARIO DE RETIRO DE CONSENTIMIENTO DE INTERBORO RHIO

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

*Use letra de imprenta y complete todos los campos*

Nombre del paciente (primer y segundo nombre y apellido)	Fecha de nacimiento del paciente	Sexo
<i>Domicilio actual del paciente</i>		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
<i>Domicilio previo del paciente</i>		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	

- Usted firmó anteriormente un "Formulario de consentimiento RHIO" mediante el cual autorizaba a su Proveedor de Cuidado de Salud ("HP") a acceder a su información de salud a través de Interboro RHIO. Usted desea retirar (cancelar) dicho consentimiento.
- El proceso de retiro del consentimiento no podrá completarse hasta que usted registre este formulario de Retiro de Consentimiento en el sistema Interboro RHIO. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario de Retiro de Consentimiento, un miembro del personal de Interboro RHIO se pondrá en contacto con usted.
- Al firmar este Formulario de Retiro de Consentimiento, usted está DENEGANDO EL CONSENTIMIENTO para que el/los siguiente/s Proveedor/es de Cuidados de Salud accedan a su información de salud a través de Interboro RHIO con cualquier fin, aún en caso de una emergencia médica.

### INFORMACIÓN DE PROVEEDORES DE SALUD

*Use letra de imprenta y complete todos los campos*

Nombre de las Organizaciones de proveedores de salud que ya no están autorizados a recibir SUS datos de salud a través de Interboro RHIO ( <i>Por ej, el nombre del hospital o el nombre del consultorio</i> )	
Domicilio de la Organización de proveedores de salud	

*\*Para retirar el consentimiento para TODOS los proveedores de salud que integran Interboro RHIO, indique "TODOS" en los casilleros de arriba.*

- Los consentimientos de Interboro RHIO corresponden a toda una organización. Al firmar este Formulario de Retiro de Consentimiento, usted está DENEGANDO EL CONSENTIMIENTO para que todos los proveedores incluidos en el personal administrativo y médico del HP mencionado arriba, accedan a su información de salud a través de Interboro RHIO con cualquier fin, aún en caso de una emergencia médica.
- Este Formulario de Retiro de Consentimiento sólo se aplica al HP mencionado arriba (salvo que usted indique "TODOS") y no se aplica a ningún otro consentimiento dado a otro Proveedor Participante de Interboro RHIO.
- El HP mencionado anteriormente quizá ya haya tenido acceso a su información de salud a través de Interboro RHIO mientras su consentimiento estaba vigente y pudo haber copiado o incluido su información en sus respectivos registros médicos. Si bien usted ha decidido retirar su consentimiento, dicho HP no está obligado a devolver o quitar su información de sus registros.

Deseo modificar el estado del consentimiento en archivo con relación al HP mencionado más arriba y DENEGAR CONSENTIMIENTO para que dicho HP acceda a mis datos electrónicos de salud a través de Interboro RHIO para cualquier fin, incluso en caso de una emergencia médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, en letra de imprenta (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante legal con el paciente (si corresponde)

**INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN:** Complete con letra de imprenta y entregue este formulario a Interboro RHIO a través de:

**Fax:** 646-998-8060 | **CORREO:** Interboro RHIO, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380