



SACVALLEY MEDSHARE

El Intercambio de Información de la
Salud para Valle Central Norte de
California

Información de Salud Cambio Exclusión Revocación Formulario de Solicitud

MR#:

Nombre Del Paciente:

DOB:

Yo reconozco y acepto el siguiente:

1. DESEO REVOCAR (modificar) mi decisión antes de Opt-Out de la SacValley MedShare HIE , y ahora específicamente autorizo a mi información mantenida en el SacValley MedShare HIE estar disponible electrónicamente a mis proveedores;
2. Entiendo que al hacer esta selección, ahora TODOS mis proveedores autorizados que participan en el SacValley MedShare HIE o están conectados a la SacValley MedShare HIE tendrán acceso a mi información de salud mantenida en el SacValley MedShare HIE;
3. Entiendo que al hacer esta selección, mi información de salud puede ser accesible por otros HIEs conectados con los que participa el SacValley MedShare HIE.
4. Yo entiendo que esta revocación sólo se puede cambiar si específicamente envío una nueva forma de Exclusión HIE
5. He tenido la oportunidad de tener a todas mis preguntas con respecto a este " Revocación de Antes Opt -Out " y otros respondieron;
6. Esta solicitud puede tardar **5 días hábiles** desde la recepción.

Por favor, complete la siguiente página,
su solicitud no se puede completar lo contrario.



SACVALLEY MEDSHARE

The Health Information Exchange
for California's North Central Valley

MR#:

Nombre Del Paciente:

DOB:

Nombre Apellido

DOB

Dirección postal (dirección, ciudad , estado, código postal)

Número Número de teléfono

Registro Médico

Firma (Requerido)

Fecha

Imprimir Autorizado Nombre del Representante

Relación con el Paciente

Por favor envíe el formulario completado a:
SacValley MedShare, 1448 Esplanade, Chico CA 95926