

Solicitud de Exclusión Voluntaria

Por favor, lea y comprenda cada una de las siguientes declaraciones:

- Al firmar esta solicitud, esto significa que mis médicos y proveedores de cuidado NO podrán ver mis registros de salud electrónicos a través de Velatura HIE Corporación (Velatura) incluso en el caso de una Emergencia.
- Esta "Solicitud de exclusión" cancela cualquier consentimiento para compartir mis registros de salud con Velatura que completé antes de esta fecha; sin embargo, mi equipo de atención médica no está obligado a eliminar ninguno de mis registros de salud que fueron compartidos con ellos antes de esta fecha.
- Puedo optar por unirme a Velatura nuevamente en cualquier momento firmando un formulario de "Autorización y consentimiento".
- Estoy firmando este formulario porque no quiero que mis registros de salud se compartan con mis médicos y miembros del equipo de atención médica a través de la red Velatura.
- Después de la colección del formulario, puede tomar de 2 a 5 días hábiles para procesar este formulario de exclusión voluntaria y evitar que se comparta mi información de salud a través del HIE de Velatura.

Patient Informasobre:

Nombre: _____ Apellido: _____

Segundo nombre: _____ Otro nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

Teléfono: _____ No. De Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

X _____ Fecha: _____

Esta área debe ser completada por un Notario Público

El instrumento anterior fue reconocido ante mí, un Notario Público, el

_____ (fecha) por

_____ (nombre del paciente), sé que es la

persona cuyo nombre está suscrito al instrumento interno y reconozco que el/ella ejecutó lo mismo a los efectos contenidos en el presente documento

Firma notarial: _____

Estado: _____

Condado: _____

Instrucciones de presentación:	Sello notarial :
<p>Enviar a: Velatura HIE Co. PMB 270 2000 East Broadway Columbia, MO 65201</p>	