

SHRINERS HOSPITALS FOR CHILDREN®
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE SUSCRIPCIÓN PARA EL SHC HIE

Coloque sus iniciales para indicar que ha leído y comprende cada una de las siguientes declaraciones.

_____ Anteriormente elegí suscribirme y participar en el Intercambio de Información Médica de Shriners
 Iniciales Hospitals for Children (Shriners Hospitals for Children's Health Information Exchange, SHC HIE).

_____ Comprendo que al presentar esta *Solicitud de cancelación*, los proveedores de atención médica
 Iniciales participantes autorizados no podrán buscar mi información médica mediante el SHC HIE.

_____ Por el presente autorizo al SHC HIE a cancelar mi solicitud anterior de suscripción.
 Iniciales

_____ Solicito que toda mi información médica se elimine de SHC HIE, O
 Iniciales

_____ Toda información médica que actualmente se encuentre en SHC HIE puede permanecer allí.
 Iniciales

Nombre del paciente: Apellido*	Primer nombre*	Inicial del segundo nombre
Nombre anterior o seudónimos:	Fecha de nacimiento del paciente:*	Número de teléfono principal:*
Correo electrónico:	Sexo (M/F):	Número de teléfono secundario:
Dirección:*	Ciudad:*	Estado:* Código postal:*

*información obligatoria

Por el presente autorizo a Shriners Hospitals for Children® a cancelar la divulgación de información a:

Nombre del médico:*		
Dirección:*	Ciudad:*	Estado:* Código postal:*
Correo electrónico:		Número de teléfono:

*información obligatoria

Firma del paciente
o representante legal: _____ **Fecha de la firma:** _____ **Hora:** _____
 (Si tiene menos de 18 años, la firma del padre, de la madre o del tutor legal)

Firma del testigo: _____ **Fecha de la firma:** _____ **Hora:** _____

**SOLICITUD DE CANCELACIÓN
 DE SUSCRIPCIÓN PARA EL SHC HIE
 OPT-IN CANCELLATION
 REQUEST FOR SHC HIE
 Shriners Hospitals for Children®**



Etiqueta de información del paciente