

Instrucciones para **Opt Out (No participación)** Request

Coastal Connect Health Information Exchange (CCHIE) proporciona un intercambio rápido y seguro de los resultados de las pruebas y los informes entre los proveedores de la comunidad. CCHIE no es un registro completo de su historial médico. Es simplemente una forma para que los proveedores de atención médica accedan a la información médica del paciente que necesitan para brindarle atención.

Escriba sus iniciales para indicar que ha leído y comprendido cada una de las siguientes declaraciones.

____ inicial Entiendo que firmar una solicitud de exclusión voluntaria (no participación) significa que mi información médica no será accesible para los proveedores de atención médica, incluido el personal de emergencia, a través de una consulta de CCHIE.

____ inicial Por la presente autorizo a CCHIE a bloquear el acceso de consultas a mi información médica en CCHIE.

____ inicial Entiendo que puedo optar por participar en CCHIE nuevamente en cualquier momento completando un formulario de cancelación de exclusión disponible en www.coastalconnect.org.

Primer Nombre: _____ Medio Nombre: _____ último Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Month Día Año

Street Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono 1: _____ Número de teléfono 2: _____

Correo Electrónico: _____ **Últimos cuatro dígitos de** Número de seguridad social: XXX-XX-

Hospital (es) cuando se recibió en California: _____

Paciente Firma: _____ Fecha Firmado: _____
(O firma del padre o tutor legal)

Puede optar por no participar llamando al 910-332-8014.

O

Envíe este formulario
a: Coastal Connect
HIE

5305-M Wrightsville Avenue
Wilmington, NC 28403
CCHIESupport@coastalalliance.org