

Instrucciones para **Revocar la opción de exclusión (no participación)** Solicitud

Anteriormente optó por no permitir el acceso de consultas a su información de salud personal en el Intercambio de información de salud de Coastal Connect (CCHIE) y ahora le gustaría permitir el acceso de consultas a proveedores de atención autorizados a través de CCHIE. El envío de este formulario revertirá su solicitud de exclusión previa.

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

____ inicial Previamente elegí excluirme de la consulta de CCHIE de mi información médica electrónica.

____ inicial Entiendo que al enviar esta solicitud de anulación de exclusión voluntaria, los proveedores de atención médica autorizados podrán acceder a los resultados de mi prueba y la información médica a través de CCHIE.

____ inicial Por la presente autorizo a CCHIE a cancelar mi solicitud de no participación.

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- _____

Firma del paciente: X _____ Fecha de firma: _____
(O firma del padre o tutor legal)

Puede inscribirse llamando al 910-332-
8011.
O

Envíe este
formulario a:

Coastal Connect HIE
5305-M Wrightsville Avenue
Wilmington, NC 28403
Fax (910) 332-8042