



Ritiro del consenso a un operatore sanitario partecipante

_____ (“_____”)

Ho firmato in precedenza un modulo di consenso del paziente con il quale consentivo a [_____] l'accesso alle informazioni riguardanti il mio stato medico attraverso l'Health Information Exchange (“BHIX”).

Sono cosciente del fatto che il ritiro del mio consenso, il [_____] non potrà avere accesso continuativo alle informazioni mediche che mi riguardano attraverso BHIX.

Da momento che firmo questo modulo come rappresentante legale del paziente, tutti i riferimenti in questo modulo espressi sottoforma di “me” o “mio” si riferiscono al paziente.

1. Il ritiro del consenso non riguarda lo scambio di informazioni mediche avvenuto quando il mio consenso era in vigore.
2. Questo ritiro del consenso riguarda solo [_____] e non è applicabile ad alcun consenso fornito ad un altro operatore sanitario che partecipa al programma BHIX.
3. Probabilmente saranno necessari diversi giorni per elaborare il Ritiro del consenso.
4. Nessun operatore sanitario partecipante rifiuterà di fornirmi cure mediche e la mia idoneità a ricevere i rimborsi assicurativi non sarà influenzata dal Ritiro del consenso.
5. Sono cosciente del fatto che, se desidero in futuro ripristinare il consenso a [_____] per un accesso continuativo alle mie informazioni mediche mediante la BHIX, dovrò completare e firmare un altro modulo di consenso del paziente e ritornarlo al vostro operatore sanitario alla prossima visita.
6. Sono cosciente del fatto che, se non firmo un completo e nuovo modulo di consenso del paziente a [_____] , indicante il mio rifiuto al consenso, [_____] sarà ancora in grado di accedere alle mie informazioni mediche attraverso BHIX in una situazione di emergenza. Posso chiedere a [_____] una copia del modulo di consenso del paziente quando inoltro questo Ritiro del consenso.
7. Sono a conoscenza del fatto che riceverò una copia di questo modulo quando lo avrò firmato.

Nome del paziente in caratteri stampa

Data di nascita del paziente

Firma del paziente o del suo legale rappresentante

Data

Nome del rappresentante legale del paziente in caratteri stampa (se applicabile)

Rapporto di parentela del legale rappresentante del paziente