

SOBRE O HEALTHINFONET E ESTE FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO

O que é o HealthInfoNet? O HealthInfoNet é um sistema de computador seguro que reúne suas informações médicas de diferentes locais de atendimento médico em um prontuário eletrônico estadual. Seus provedores usam essas informações para tomar decisões melhores sobre o seu cuidado. Isso também pode ajudá-los a evitar erros, especialmente em casos de emergência. Seu prontuário de saúde inclui informações sobre seus medicamentos, alergias, resultados de exames e muito mais.

Meus registros são privados e seguros? O HealthInfoNet encripta todas as informações e usa conexões de computador seguras para receber e compartilhar suas informações médicas. Apenas aqueles envolvidos em seu cuidado podem acessar suas informações. Para saber mais sobre quem acessou seu prontuário do HealthInfoNet e quando o fizeram, você pode visitar <http://hinfonet.org/for-patients>. Observe que nenhum sistema é completamente seguro, mas o HealthInfoNet faz todo o esforço para manter seus registros seguros.

O que significa este "cancelamento"? Se você não deseja que suas informações médicas sejam incluídas em um prontuário do HealthInfoNet, preencher este formulário impedirá que ele seja compartilhado com os provedores participantes do HealthInfoNet. Sua escolha de cancelar a inscrição (ou seja, não compartilhar suas informações) não afetará sua capacidade de receber atendimento médico. Se você decidir posteriormente que deseja incluir suas informações médicas em um prontuário do HealthInfoNet, você pode preencher um formulário de "reinscrição" (ou seja, revogação de cancelamento) encontrado online aqui: <http://hinfonet.org/for-patients>

INSTRUÇÕES:

- SE VOCÊ DESEJA COMPARTILHAR SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS GERAIS, NÃO FAÇA NADA COM ESTE FORMULÁRIO.
- SE VOCÊ NÃO DESEJA COMPARTILHAR SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS GERAIS, POR FAVOR PREENCHA O FORMULÁRIO ABAIXO.

Se você deseja cancelar o compartilhamento de suas informações médicas gerais com o HealthInfoNet, preencha TODAS as seções do formulário a seguir e envie por correio para o HealthInfoNet, 60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260, ou envie por fax para 207-541-9258.

Alternativamente, se você deseja preencher este formulário online, faça-o aqui: <https://map.hinfonet.org:8443/patientoptions/optout>

EU ESCOLHO NÃO COMPARTILHAR MINHAS INFORMAÇÕES MÉDICAS GERAIS COM O HEALTHINFONET

*Primeiro Nome**Nome do Meio**Sobrenome*

*Endereço**Cidade**Estado**CEP*☐ Masculino☐ Feminino☐ X

/

/

-

-*Gênero**Data de nascimento (dd/mm/aaaa)**Número de Segurança Social (não obrigatório)*

*Número de Telefone (XXX-XXX-XXXX)**Endereço de E-mail*

Ao assinar, entendo que minhas informações médicas não estarão disponíveis para os provedores que usam o HealthInfoNet, mesmo em casos de emergência.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

/ /
Data (dd/mm/aaaa)