

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](http://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