

**Programa de Intercambio de información médica de la Alianza para la Salud del Instituto Tiger - Aviso de revocación**  
***(Tiger Institute Health Alliance Health Information Exchange – Notice of Revocation)***

---

Solicito que mi información médica no se pueda ver en el programa Exchange de la Alianza para la Salud del Instituto Tiger.

Coloque sus iniciales para indicar que leyó y comprende cada una de las siguientes afirmaciones.

\_\_\_\_\_ Entiendo que al presentar este Aviso de revocación, los centro de salud (entre ellos los médicos de la sala de emergencia) no podrán ver mi información médica por medio del programa Exchange de la Alianza para la Salud del Instituto Tiger.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy libre de volver a participar en cualquier momento y puedo hacerlo llenando el formulario de Autorización del Paciente para Uso y Divulgación de Información Médica del Programa Exchange de la Alianza para la Salud del Instituto Tiger. El mismo está disponible en mi centro de salud.

\_\_\_\_\_ Entiendo que esta solicitud solo se refiere a la posibilidad de compartir mi información médica por medio del programa Exchange de la Alianza para la Salud del Instituto Tiger.

\_\_\_\_\_ Entiendo que cuando haga una consulta en un centro de salud para hacerme un tratamiento, ese proveedor puede solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores, usando otros métodos permitidos por la ley, como el fax o el correo electrónico.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi revocación de la autorización entrará en vigencia 1) cuando un miembro del programa Exchange de la Alianza para la Salud del Instituto Tiger la reciba y 2) cuando dicho miembro del programa Exchange notifique dicho acto a la Alianza para la Salud del Instituto Tiger, para que ésta –a su vez- procese la revocación, trámite que puede llevar hasta cinco días hábiles. La revocación no tendrá efecto alguno sobre aquellos datos de mi información médica que hubieran sido divulgados antes de que yo firmara este Aviso.

(Se debe completar un formulario por cada miembro de la familia que solicite borrarse del programa. **Debe completar todas las secciones** para que podamos procesar el formulario. Debe indicar un número de teléfono en caso de que la Alianza para la Salud del Instituto Tiger o su médico necesiten comunicarse con usted para confirmar los datos demográficos).

Escriba en letra de imprenta.

Nombre del paciente (Apellido, primero y segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_