

## Solicitud de Exclusión

Al firmar y enviar este formulario, usted acepta que ha leído y comprendido las siguientes condiciones en las que solicita la exclusión voluntaria de participación dentro del Atrium Health CareConnect.

- Entiendo que al enviar este formulario, los proveedores, incluidos los médicos de la sala de emergencias, ya no podrán ver mi información de salud personal utilizando Atrium Health CareConnect. Al comprender las consecuencias de mi decisión, elijo evitar el acceso a mi información médica personal a través de Atrium Health CareConnect.
- Solo puedo solicitar la exclusión voluntaria para mí o para aquellos niños menores de edad (hasta 18 años) de los cuales soy el padre o tutor legal.
- Comprendo completamente que la exclusión voluntaria de este sistema de intercambio electrónico no impide de ninguna manera que mis proveedores de tratamiento autorizados utilicen o divulguen correctamente mis registros de atención médica e información directamente entre ellos por otros métodos permitidos, como por ejemplo, por fax, correo o similares.
- Reconozco que se me permitirá que mi información de salud personal vuelva a estar disponible en Atrium Health CareConnect al completar el Formulario de Cancelación de Solicitud de Exclusión que se encuentra en el sitio web de Atrium Health CareConnect o según lo proporcione mi proveedor de cuidado médico participante.

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Apellido Previo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ (Ex: 01/01/1990) Género  Femenino  Masculino

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono 1 \_\_\_\_\_ Teléfono 2 \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Últimos cuatro (4) dígitos del Seguro Social \_\_\_\_\_ (Ex. xxx-xx-1234)

Firma del Paciente:   X   \_\_\_\_\_ Fecha Firmado \_\_\_\_\_  
(Si es menor de 18 años, firma del padre o tutor legal.)

Este formulario debe devolverse a Atrium Health CareConnect con firmas originales en tinta negra o azul de una de las siguientes maneras:

**Fax a:** 704-446-2267  
**Email a:** [careconnectinfo@atriumhealth.org](mailto:careconnectinfo@atriumhealth.org)  
**Correo a:** Atrium Health CareConnect  
P.O. Box 32861  
Charlotte, NC 28232

