

Formulario Para Revocar el Consentimiento de PSYCKES

Usted ya había firmado un formulario de consentimiento para PSYCKES que le permite a su proveedor obtener acceso a sus antecedentes médicos de MEDICAID por vía electrónica a través de PSYCKES y ahora desea revocar ese consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o más adelante.

Al revocar su consentimiento, usted comprende que:

1. Los proveedores de atención médica y las compañías de seguro médico a los que se haya afiliado ya no tendrán acceso a información médica sobre usted a través de PSYCKES, excepto en caso de emergencia o si corresponde otra excepción a las leyes y reglamentaciones estatales y federales sobre la confidencialidad. Por ejemplo, si el programa de Medicaid tiene una inquietud con la calidad de su atención de la salud, entonces, según las reglamentaciones federales y estatales, su proveedor podría obtener acceso a su información para aclarar la inquietud sobre la calidad.
2. A su proveedor no se le impide por completo el acceso a su información clínica. Su proveedor podría obtener la información necesaria directamente de otro proveedor para fines de tratamiento, según lo establecen las leyes y reglamentaciones estatales y federales.
3. La revocación de su consentimiento no afecta el intercambio de su información médica realizada mientras su consentimiento se encontraba vigente.
4. Ningún proveedor que participe en PSYCKES le negará a usted atención médica, ni su capacidad para obtener seguro médico se verá afectada debido a la revocación de su consentimiento.
5. Si desea restablecer su consentimiento, puede hacerlo al firmar y llenar un nuevo formulario de consentimiento de PSYCKES y entregarlo a un proveedor participante.
6. La revocación de su consentimiento no impide que sus proveedores de servicios de salud sometan reclamaciones a su compañía de seguro médico para obtener reembolsos por servicios que le hayan prestado.
7. Usted comprende que recibirá una copia de este formulario después haberlo firmado.

Nombre del paciente en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento del paciente:
Firma del paciente o del representante legal del paciente:	Fecha:
Nombre del representante legal del paciente en letra de imprenta (si corresponde):	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde):
Firma del testigo:	Nombre del testigo en letra de imprenta: