



Este formulário deve ser usado por pacientes que não desejam participar do RIHIE, o Intercâmbio de Informações de Saúde (HIE) do estado de Rhode Island.

Uma troca de informações de saúde, ou HIE, é uma forma de partilhar as suas informações de saúde entre consultórios médicos, hospitais, coordenadores de cuidados, laboratórios, centros de radiologia e outros prestadores de cuidados de saúde participantes através de meios electrónicos seguros. O objetivo é que cada um dos seus prestadores de cuidados de saúde participantes possa beneficiar das informações mais recentes disponibilizadas pelos outros prestadores participantes quando cuidam de si. Se optar por não participar no HIE, os médicos e enfermeiros não poderão procurar as suas informações de saúde através do HIE para as utilizarem no seu tratamento.

Exclusões:

Em conformidade com a legislação, os seguintes casos estão excluídos da sua solicitação de exclusão voluntária:

- Relatórios de saúde pública, como a notificação de doenças infecciosas às autoridades de saúde pública.
- Acesso temporário às informações de saúde em caso de emergência.
- Planos de saúde nos quais as informações são necessárias para a gestão da assistência, o controle de qualidade e os relatórios de indicadores de desempenho.

Você tem várias opções para optar por sair do RIHIE. Selecione uma opção abaixo:



1. Preencher uma eletrônica formulário visitando RIHIE.org (preferencialmente)



2. Imprima e preencha o Formulário de exclusão do paciente

a. Enviar por correio para: PO Box 1152, Columbia, MD 21044-9997

b. Email: support@rihie.org



3. Ligue para [866-957-4254](tel:866-957-4254) para falar com suporte técnico que prestará a assistência necessária.

Observação: Se você é alguém que toma decisões de saúde para um paciente e está solicitando a exclusão do RI HIE para essa pessoa, você deve atestar seu relacionamento com essa pessoa no formulário.

Este Formulário de auto-exclusão só precisa de ser preenchido uma vez para se autoexcluir do HIE; não é necessário preenchê-lo para cada fornecedor. A data efetiva será a data em que o pedido for recebido e registado no sistema de troca de informações de saúde RI HIE e não afetará as divulgações anteriores ou o acesso às suas informações de saúde.



Se desejar reverter sua decisão, você pode optar por voltar a qualquer momento ligando para o Atendimento ao Cliente RI HIE em [866-957-4254](tel:866-957-4254).

Para mais informações sobre a troca de informações de saúde e os seus direitos, visite RIHIE.org ou ligue para [866-957-4254](tel:866-957-4254).

Nome próprio*:

Nome do meio:

Apelido*:

Correio eletrónico:

Número de telefone principal*:

Número de telefone secundário:

Data de Nascimento*:

Sexo* (escolha um) ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro / Não quero revelar

Linha de endereço 1*:

Linha de endereço 2:

Cidade*:

Estado/ Território*:

Código postal*:

☐ **Recusa de todas as partilhas** – Recuse todas as partilhas das suas informações através da troca de informações de saúde, exceto no caso das EXCLUSÕES indicadas acima.

Se este formulário for enviado por alguém que não seja a pessoa nomeada acima, a pessoa que o enviar declara que está atuando na condição de (ESCOLHA UMA OPÇÃO e preencha as informações de contato):

☐ **Pais** Nome da pessoa que apresenta o formulário*:

Número de telefone da pessoa que envia o formulário*:

☐ **Responsável legal** Nome da pessoa que apresenta o formulário*:

Número de telefone da pessoa que envia o formulário*:

☐ **Outro** Nome da pessoa que apresenta o formulário*:

Número de telefone da pessoa que envia o formulário*:

Especificar a relação com a pessoa acima referida*:

Gostaria de ser notificado da minha escolha de participação da seguinte forma (escolha um): ☐ Email ☐ Telefone ☐ SMS ☐ Não há notificação

Compreendo que falsificar a minha identidade ou assinar em nome de um indivíduo sobre o qual não tenho autoridade é contra a lei e é um delito punível. Para obter mais informações, entre em contato com a RI HIE pelo telefone **866-957-4254**.