

Intercambio de Información de Salud (HIE) Formulario para Solicitud de Retirada

Solicito que mi información de salud no sea accesible electrónicamente por el Intercambio de Información de Salud (HIE) CORHIO. Reconozco que mi información todavía pueda ser transmitida como necesario para proveer cuidado clínico y para otros propósitos requeridos por la ley. También entiendo que al retirar del sistema, mi información de salud no estará disponible por el sitio de web en caso de emergencia.

Entiendo que este solicitud solo aplica a la visualización de mi información de salud por el sistema de intercambio de información de salud. Reconozco que si me atiende un médico para tratamiento fuera de National Jewish Health, este médico puede pedir y recibir mi información de National Jewish Health por otras medidas permitidas por la ley, tal como fax, correos, o mensajero.

Tengo el derecho de solicitar inclusión de nuevo en cualquier momento, y lo puedo hacer por completar un Formulario para Solicitud de Inclusión en el Intercambio de Información de Salud, el cual se puede obtener de mi proveedor de salud.

Se debería llenar un formulario separado por cada miembro de la familia deseando solicitar retirada del sistema.

Institución:	
Nombre de Paciente:	
Segundo Nombre de Paciente:	
Apellido de Paciente:	
Nombres usados en el pasado o Sobre nombres:	
Fecha de Nacimiento:	(mm / dd / yyyy)
Género:	____ Hombre ____ Mujer
Dirección Postal:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de Teléfono:	

Firma de Paciente (o parte autorizado)

Si menor de 18 años, firma de padre o guardián

Por favor entregue el formulario completo a:

Fecha de Firma/Hora

CORHIO
4500 Cherry Creek Dr. South, Suite #820
Denver, CO 80246
Fax-720-285-3207



Patient Label



HIPAA Patient Request _CC