

Forma de Solicitud de Información de Salud

Por favor complete y devuelva este forma a su proveedor de atención médica quien regresara este forma a Health Current, a Contexture la compañía.

Los pacientes tienen el derecho de solicitar una copia de su información de salud que está disponible a través de Health Current, el intercambio de información de salud (HIE) de Arizona. Los pacientes también tienen derecho a solicitar una lista de las personas que han accedido a su información de salud a través del HIE en los últimos tres años.

Si desea solicitar alguna de esta información, complete y devuelva este forma a profesional de la salud. Recibirá una respuesta en 30 días. Por favor, tome en cuenta que Health Current sólo puede enviar datos a una dirección dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Si está relleno este forma para otra persona, las referencias a "Yo" y "mi" en esta forma se refieren a esa otra persona.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Marque todas que correspondan:

- Quiero una copia de toda mi información de salud que está disponible a través de Health Current.
- Quiero una lista de todas las personas que han visto mi información de salud a través de Health Current en los últimos tres años. Entiendo que esta lista no incluirá a las personas que vieron mi información de salud de otras maneras, como por ejemplo a través del registro de salud electrónico de un proveedor de atención médica.

Firma del Paciente o Padre/ Guardián/ Persona Autorizada para firmar decisiones medica: _____

Imprimir nombre: _____ Fecha: _____

Si firmado por una persona distinta del paciente, indique su autorización para firmar para el paciente (marque una):

- Esposo/Esposa Padre/Guardián Persona Autorizada para firmar decisiones medica

(Para uso del Proveedor solamente)

Provider Office Only: This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: _____

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____ Phone: _____