

Formulario de Solicitud de Información Médica de la HIE para el Registro de Divulgaciones

Solicito una lista de las personas que han accedido a mi información médica a través del Intercambio de Información Médica (*Health Information Exchange, HIE*) durante los últimos **tres años**. Entiendo que:

- Debo **completar y entregar este formulario a mi proveedor de atención médica**.
- Esta lista **sólo** incluirá los accesos a través del Intercambio de Información Médica y **no** incluirá accesos a través de otros sistemas, tales como el registro médico electrónico de un proveedor.
- Recibiré una respuesta dentro de los 30 días posteriores a que Contexture reciba el formulario de mi proveedor de atención médica.
- Contexture sólo puede enviar la lista a una dirección postal dentro de los Estados Unidos o sus territorios.
- Cada persona debe presentar un formulario por separado, incluido cada miembro de la familia.

Primer y segundo nombre:	
Apellido:	
Otros nombres/apellidos:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	
Télefono:	

Firma del paciente o representante legal

Marque si quien firma es el representante legal

Fecha

Nombre del representante legal (impresnta): _____

CONSULTORIO DEL PROVEEDOR: COMPLETE ESTE RECUADRO

Centro/Proveedor:

Fecha:

Número de teléfono:

Envíe este formulario mediante una solicitud al servicio de soporte de Contexture o por fax al 720-285-3207.