



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

Solicito que mi información de salud no sea accesible electrónicamente por el sistema de Intercambio de Información de Salud (HIE) CORHIO.

Por favor ponga sus iniciales abajo para verificar que ha leído y entiende cada uno de los siguientes:

- _____ Entiendo que por el acto de someter este *HIE Solicitud de Retirada*, mi información de salud no será visible a proveedores de salud (incluidos los médicos de urgencias) por el sistema CORHIO HIE.
- _____ Solicito que CORHIO bloquee acceso a mi información de salud por el sistema CORHIO HIE.
- _____ 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 (HIE)*, el cual se puede obtener en el sitio de web de CORHIO, en www.corhio.org, o de mi proveedor de salud.

Entiendo que esta solicitud solo aplica al compartimiento de mi información de salud por el sistema CORHIO HIE. Reconozco que cuando recibo tratamiento de un proveedor de salud, el proveedor puede solicitar y recibir mi información medica de otros proveedores usando otros métodos como permisible por la ley, como fax o correo electrónico.

(Se debería llenar un formulario separado por cada miembro de la familia deseando solicitar retirar del sistema. **Es necesario** llenar todos los campos para que el formulario sea procesado. Un teléfono de contacto es requerido en caso de que CORHIO necesite contactarle para verificar que su información es correcta.)

Nombre de Paciente: _____ **Segundo Nombre de Paciente:** _____

Apellido de Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(MM/DD/AAAA)

Nombres previos o sobre nombres: _____ **Sexo:** Hombre Mujer

Dirección: _____ **Número Teléfono:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Firma del paciente (o parte autorizado)

Fecha de firma

Si menor de 18 años, firma de padre o guardián

Para su protección, CORHIO requiere que usted verifique su identidad para procesar esta Solicitud. Este formulario debe ser completado por un Notario Público.

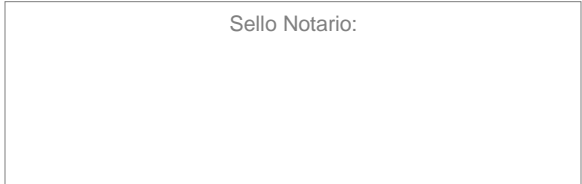
Se debe regresar este formulario por correo a CORHIO con las firmas originales en tinta negra o azul.

----- El siguiente sección es para el Notario Público -----
Estado de _____ Condado de _____

El documento que antecede fue reconocido ante mí, el _____ por _____
(fecha) (nombre de la persona reconocido)

Nombre Notario en letra: _____

Firma Notario: _____



Por favor envíe este formulario a: CORHIO, Attn.: Service Desk – HIE Request, 4500 Cherry Creek S Drive, Suite 820, Denver, CO 80246