

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

Sometí previamente una solicitud para "retirar" del Intercambio de Información de Salud Contexture/CORHIO, y ahora solicito inclusión de nuevo para que mi información de salud pueda ser accesible electrónicamente a los proveedores de salud autorizados por el sistema HIE de Contexture/CORHIO.

Se debería llenar un formulario separado por cada miembro de la familia deseando solicitar inclusión de nuevo.

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