



Pueblo
Community
Health Center

Formulario de Optar en favor de CORHIO el Intercambio de Información de Salud (HIE)

Anteriormente presente una solicitud de optar en contra el sistema de Intercambio de Información de Salud CORHIO (HIE) y ahora estoy solicitando de ser reinstalado para que mi información de salud pueda ser accesible electrónicamente a los proveedores de cuidado de la salud autorizado por la sistema de CORHIO HIE.

Una forma separada debe ser llenada por cada miembro en la familia solicitando de optar en favor.

Edificio:	
Primer Nombre del Paciente:	
Segundo Nombre del Paciente:	
Apellido del Paciente:	
Nombre Anteriores o Apodos:	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):	
Dirección de Envío:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Numero de Teléfono:	

Firma del Paciente

Fecha

(O el Representante Autorizado) Si es menor de 18 años, la firma del padre o tutor.

Por favor complete el formulario al:

Pueblo Community Health Center, **ATTN: Oficial de Privacidad**

110 East Routt Avenue

Pueblo, Colorado 81004

Fax Number: (719) 543-0171

Por favor envíe el formulario por fax: (720) 285-3207