



Pueblo
Community
Health Center

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

Solicito que mi información de salud no sea visible electrónicamente a través del sistema de Intercambio de Información de la Salud CORHIO (HIE). Reconozco que mi información todavía se puede transmitir, según sea necesario para proveer atención clínica y para otros fines como es requerido por la ley. También entiendo que, al optar, mi información de salud no estará disponible a través del Web en el caso de una emergencia.

Entiendo que esta solicitud solo es aplicable para ver mi información de salud a través del sistema de intercambio de información de salud. Reconozco que cuando veo a un medico para recibir tratamiento fuera del Pueblo Community Health Center, que el medico puede solicitar y recibir mi información medica de Pueblo Community Health Center a través de otros métodos permitidos por la ley, tales como fax, correo, o mensajero.

Soy libre para optar patras de Nuevo en cualquier momento y puedo hacerlo completando un *Intercambio de Información de Salud CORHIO (HIE)* que se pueda obtener por mi medico.

Una forma separada debe ser llenada por cada miembro en la familia solicitando de no participar.

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 anos, 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