



healthcurrent

## Forma de Solicitud de Información de Salud

**Por favor complete y devuelva este forma a su proveedor de atención médica quien regresara este forma a Health Current.**

Los pacientes tienen el derecho de solicitar una copia de su información de salud que está disponible a través de Health Current, el intercambio de información de salud (HIE) de Arizona. Los pacientes también tienen derecho a solicitar una lista de las personas que han accedido a su información de salud a través del HIE en los últimos tres años.

Si desea solicitar alguna de esta información, complete y devuelva este forma a profesional de la salud. Recibirá una respuesta en 30 días. Por favor, tome en cuenta que Health Current sólo puede enviar datos a una dirección dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Si está relleno este forma para otra persona, las referencias a "Yo" y "mi" en esta forma se refieren a esa otra persona.

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Marque todas que correspondan:**

- Quiero una copia de toda mi información de salud que está disponible a través de Health Current.
- Quiero una lista de todas las personas que han visto mi información de salud a través de Health Current en los últimos tres años. Entiendo que esta lista no incluirá a las personas que vieron mi información de salud de otras maneras, como por ejemplo a través del registro de salud electrónico de un proveedor de atención médica.

**Firma del Paciente o Padre/ Guardián/ Persona Autorizada para firmar decisiones medica:**

**Imprimir nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si firmado por una persona distinta del paciente, indique su autorización para firmar para el paciente (marque una):

- Esposo/Esposa
- Padre/ Guardián
- Persona Autorizada para firmar decisiones medica

**Provider Office Only:** This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_