

Revocación de la exclusión voluntaria del intercambio de información médica (HIE) de INTEGRIS

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			
<p>Quiero REVOCAR o anular mi solicitud de exclusión voluntaria de HIE.</p> <p>Entiendo que haciendo esta elección, mi información de atención médica se intercambiará/verá mediante las redes de HIE en las que participa INTEGRIS Health.</p> <p>Más información sobre esta revocación de la solicitud de exclusión voluntaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esta solicitud se mantendrá vigente a menos que la cambie por escrito completando el formulario de exclusión voluntaria del intercambio de información médica de INTEGRIS. 2. Esta solicitud puede incluir información médica de visitas durante el período en el que estuvo excluido. 3. Esta anulación de la exclusión voluntaria entrará en vigencia aproximadamente 5-7 días laborables después de que INTEGRIS Health la reciba y se mantendrá vigente hasta que yo elija volver a excluirme voluntariamente. 			
Nombre del paciente o representante legal (EN LETRA DE MOLDE)		Relación con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente	
Firma del paciente o representante legal		Fecha	Hora

El formulario completado se puede enviar por fax a **Manejo de la Información Médica de INTEGRIS Health (INTEGRIS Health Information Management)** al 405-552-8773, por correo postal a 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112 o por correo electrónico a Healthinfomanagement@integrishhealth.org. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

