

Solicitud para revocar el acceso del apoderado al Expediente de INTEGRIS & Me

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Pido que INTEGRIS Health revoque el acceso del apoderado a mi expediente de INTEGRIS & Me para:

Nombre del apoderado (*personas que pueden acceder*): _____

Todos los apoderados que tienen acceso a mi expediente de INTEGRIS & Me

Entiendo que el apoderado mencionado arriba ya no podrá ver mi información en el portal del paciente de INTEGRIS & Me después de que se procese esta solicitud.

Entiendo que la revocación no entrará en vigor de inmediato y debo esperar de 2-3 días laborables para el procesamiento.

Entiendo que esta revocación no afectará ninguna revelación que se haya hecho antes de procesar esta solicitud de revocación.

Firma del paciente (o persona autorizada):	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Relación con el paciente:

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la autoridad para firmar por el paciente y adjunte la documentación

Puede enviar el formulario completo por fax a INTEGRIS Health Information Management al 405-552-8773, por correo a 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, o por email a Healthinfomanagement@integrishealth.org. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

INT-5774 Release of Information Forms



Rev. 5/23