



CORHIO Intercambio de Información de Salud (HIE) Formulario para Solicitud de Inclusión

Sometí previamente una solicitud para "retirar" del Intercambio de Información de Salud CORHIO (HIE), y ahora solicito inclusión de nuevo para que mi información de salud pueda ser accesible electrónicamente a los proveedores de salud autorizados por el sistema HIE de CORHIO.

- Se debería llenar un formulario separado por cada miembro de la familia deseando solicitar inclusión de nuevo.
- **Es necesario llenar todos los campos** para que el formulario sea procesado.
- Un teléfono de contacto es requerido en caso de que CORHIO necesite contactarle para verificar que su información es correcta.

Nombre de Paciente:	
Segundo Nombre de Paciente:	
Apellido de Paciente:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombres previos o sobre nombres:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número teléfono:	

Firma del paciente (o parte autorizado)
 Si menor de 18 años, firma de padre o guardián

Fecha de firma

Para su protección, CORHIO requiere que usted verifique su identidad para procesar esta solicitud. Este formulario debe ser completado por un Notario Público.

Se debe regresar este formulario por correo a CORHIO con las firmas originales en tinta negra o azul.

----- La siguiente sección es para el Notario Público -----

Estado de _____ Condado de _____

El documento que antecede fue reconocido ante mí, el _____ por _____.
 (fecha) (nombre de la persona reconocido)

Nombre Notario en letra: _____

Firma Notario: _____

Sello Notario:

Envíe este formulario a:
 CORHIO, Attn.: Service Desk – HIE Request
 4500 Cherry Creek S Drive, Suite 820
 Denver, CO 80246