

Provider Location



FORMA PARA ANULAR LA EXCLUSION VOLUNTARIA

Anteriormente presenté una solicitud de "Exclusión Voluntaria" en el sistema de intercambio de información de salud PHIX y ahora estoy solicitando restablecer mi participación para que mi información de salud pueda ser electrónicamente accesible por proveedores de cuidado de la salud autorizados a través del sistema PHIX.

- Una forma por separado debe ser completada por cada miembro de la familia que previamente solicitó la exclusión voluntaria y ahora está solicitando anular la exclusión.
- TODOS los campos son necesarios para que esta forma pueda ser procesada.
- Un número de teléfono de contacto es necesario en caso de que PHIX necesite contactarlo para confirmar su información demográfica.

Apellido del paciente

Primer Nombre

Nombres Anteriores

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

() _____

Número de teléfono

Seguro Social (últimos 4 dígitos)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha de la firma

Firma del padre/tutor

Fecha de la firma

Nombre del padre/tutor

() _____

Número de teléfono del padre/tutor

Padre

Tutor

Otro(a) _____

Esta sección debe ser completada por un notario público o proveedor de cuidado de la salud (o personal de la oficina):

Section to be completed by a Notary Public or Health Care Provider (or office staff):

I witnessed the above named individual signing this document and the individual is personally known to me or provided me with valid picture identification on this day _____ of , 20_____.

Notary or Provider

Signature: _____ Phone Number: _____

Print Name: _____ Date Signed: _____

(Must be original signature in black or blue ink)

PRACTICE ADMINISTRATOR: Please send the completed form via fax to 844-833-6810.