



Formulario de Solicitud de Regreso a MyHealth Access Network

Este formulario debe ser llenado en frente de y presentado a su proveedor del cuidado de salud, quien tiene que firmar abajo.

Yo solicito revocar mi petición anterior de no participación, y por este medio solicito que mi información de salud sea visible por medio de MyHealth Access Network (MyHealth).

Por favor ponga sus iniciales indicando que ha leído y entiende la declaración siguiente:

_____ Yo solicito y entiendo que al entregar este formulario de solicitud de regreso, mi información de salud será visible a mis proveedores del cuidado de salud por medio de MyHealth.

(Un formulario separado tiene que ser llenado por cada uno de los miembros de la familia que solicitan a revocar una petición anterior de no participación. **Todos los campos son obligatorios** para procesar el formulario. Un numero del contacto se requiere en caso que MyHealth necesite ponerse en contacto con usted para asegurar la precisión de la información demográfica.)

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Nombres o Apodos Anteriores:		Fecha de Nacimiento: (mm / dd / aaaa)
Dirección:		Los 4 Numeros Ultimos del Numero Social:
Ciudad, Estado, Codigo Postal:		
Numero del Teléfono		

Por su seguridad, MYHEALTH REQUIERE QUE VERIFIQUE SU IDENTIDAD para procesar esta Petición.

Firma de Paciente (o Representante Autorizado)
Si tiene menos de 18 años, firma del padre o del guardián

Fecha de Firma

Firma del Representante de la Organización como testigo

Puesto (título) y Nombre de la Organización

Si usted no puede llenarlo en persona con su proveedor del cuidado de salud, usted puede tener este formulario notariado y mandarlo a:

MyHealth Access Network, ATTN: Opt Out, P.O. Box 14176, Tulsa, OK 74159-1176

----- **Notary Public Section** -----

State of _____ County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ by _____.
(Date) (Name of person acknowledged)

Notary Print Name: _____

Notary Signature: _____

Notary Stamp
