

Formulario de Solicitud de Regreso a MyHealth Access Network

Para revocar su solicitud previamente enviada para excluirse de MyHealth Access Network, por favor, inicie que ha leído y comprendido lo siguiente:

_____ Al enviar este formulario, estoy optando por revertir mi decisión anterior de excluirme. Estoy eligiendo que mi información de salud sea ser visible para los trabajadores de la salud a través del sistema MyHealth Access Network.

MyHealth Access Network es una red segura de intercambio de información de salud local, operada por una organización sin fines de lucro de Oklahoma bajo la dirección de sus miembros. Ayudamos a los trabajadores de la salud en Oklahoma a compartir eficientemente, de manera privada y segura, información de salud entre ellos acerca de los pacientes que tienen en común para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios. MyHealth Access Network también ayuda a los trabajadores de la salud con operaciones comerciales esenciales, incluyendo informes de salud pública e investigaciones post mortem. Solo aquellos cuyos trabajos requieren este tipo de información están autorizados para acceder de forma limitada, y todo ello se registra. El uso indebido del sistema es un delito, castigado con severas sanciones. Las normas de la red son establecidas por los miembros de la red.

Se debe presentar un formulario separado para cada persona que solicite volver a participar. Por favor, complete la información de la misma manera que lo hace con sus médicos, para que todos los registros que le pertenecen puedan ser reconocidos y cubiertos por esta solicitud. Se requiere un número de teléfono de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para coordinar el cumplimiento de su solicitud. Las solicitudes se procesan al recibirlas, en cualquier caso, dentro de un día hábil. Este formulario requiere verificación de identidad, ya sea 1) al presentarlo a un proveedor de atención médica que forma parte de MyHealth, quien puede validar la solicitud y enviar el formulario de inmediato para su procesamiento; o 2) al firmarlo en presencia de un notario público, y teniéndolo notariado, luego entregándolo directamente a MyHealth. Si lo presenta directamente a MyHealth y el solicitante es un menor emancipado o utiliza un representante de atención médica, por favor, incluya documentación de la autoridad del firmante.

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:		Entregar a un proveedor que participe en MyHealth, O notarizar y enviar por correo a: MyHealth Access Network ATTN: Opt Out PO Box 56, Tulsa, OK 74101
Numero del Teléfono:		

Firma del Paciente / Representante Autorizado **Fecha de Firma**
 (para el Representante Autorizado, por favor, escriba su nombre junto a la firma)

Verificación de Identidad	Proveedor de MyHealth	_____ Firma: Testigo	_____ Nombre, Cargo y Organización Participante de MyHealth
	Notario Público O de MyHealth	State of _____ County of _____ The foregoing instrument was acknowledged before me on _____ by _____ (Date) (Name of person acknowledged)	
	Notary Signature: _____ Name: _____		Notary Stamp