



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:

<u> </u> Iniciales	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.
--	---

Información del Paciente

(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.)

Nombre			
	Primer	Segundo	Apellido
Nombres o Apodos Anteriores			
Fecha de Nacimiento		4 Numeros Ultimos del Numero Social	
Dirección			
Ciudad, Estado, Codigo Postal			
Numero del Teléfono			

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

Firma	Fecha

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

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 56, Tulsa, OK 74101*

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