



FORMULARIO PARA EXCLUIRSE

Una vez completado, envíe este formulario a:

Iowa Health Information Network
4601 Westown Parkway, Suite 140
West Des Moines, IA 50266

Nombre legal:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Últimos cuatro dígitos del número de seguro social O número de licencia de conducir:			Sexo:
Número de teléfono principal:		Teléfono móvil:	
Apellido de soltera/previo:		Dirección de correo electrónico:	
Paciente o representante legal:			Fecha:
_____ x _____ (Letra de imprenta) (Firma)			
Relación, si no es el paciente*:			

Indique su razón para excluirse de permitir que se pueda acceder a sus registros electrónicos a través de la Iowa Health Information Network (IHIN):

- Preocupación sobre la seguridad de los datos proporcionados a través de IHIN
- Preocupación sobre la validez de los datos proporcionados a través de IHIN
- Otro _____

Iowa Health Information Network procesará su solicitud en tres días hábiles a partir de haber recibido este formulario.

¿Preguntas? Comuníquese con Iowa e-Health en info@IHIN.org o 866-924-4636.

* Presente esta documentación de estado de representante legal; p. ej., poder para cuidados de salud.



FORMULARIO PARA VOLVER A INSCRIBIRSE

Utilice este formulario solo si previamente se excluyó de la Iowa Health Information Network.

Una vez completado, envíe este formulario a:

Iowa Health Information Network
4601 Westown Parkway, Suite 140
West Des Moines, IA 50266

Nombre legal:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Últimos cuatro dígitos del número de seguro social O número de licencia de conducir:			Sexo:
Número de teléfono principal:		Teléfono móvil:	
Apellido de soltera/previo:		Dirección de correo electrónico:	
Paciente o representante legal:		Fecha:	
_____ x _____ (Letra de imprenta) (Firma)			
Relación, si no es el paciente*:			
Firma del notario:		Fecha:	

Iowa Health Information Network procesará su solicitud en tres días hábiles a partir de haber recibido este formulario.

¿Preguntas? Comuníquese con Iowa e-Health en info@IHIN.org o 866-924-4636.

*Presente esta documentación de estado de representante legal; p. ej., poder para cuidados de salud.