



**Formulario para la petición de participación voluntaria en el intercambio de información de salud ([conocido por sus siglas en inglés]HIE)**

Anteriormente presenté una petición para "excluirme" del sistema de Intercambio de Información de Salud (HIE) de CyncHealth y ahora solicito que se restablezca mis datos de salud para que los médicos autorizados puedan acceder electrónicamente mis datos de salud a través del sistema de CyncHealth HIE.

- Se debe completar un formulario para cada miembro de la familia que solicite volver a participar.
- **Es obligatorio cada artículo** para que se procese el formulario.
- Se requiere un número de teléfono en caso de que CyncHealth necesite comunicarse con usted para garantizar la exactitud de la información demográfica.

Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Inicial del segundo nombre:
Nombres alternativos o apodos :	Fecha de nacimiento del paciente:	Número de teléfono:
Domicilio:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

**Por su protección, CyncHealth requiere que verifique su identidad para poder procesar esta solicitud. Este formulario debe ser completado por un Notario Público. Este formulario debe enviarse por correo a CyncHealth con las firmas originales en tinta negra o azul.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de 18 años, se requiere la firma del padre o tutor a continuación:*

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

----- siguiente sección debe ser completada por un notario público -----

State of \_\_\_\_\_ County of \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_.  
(date) (name of person acknowledged)

Notary Print Name: \_\_\_\_\_

Notary Signature: \_\_\_\_\_

Email the completed notarized form to [support@cynchealth.org](mailto:support@cynchealth.org)  
Or mail this completed form to:  
CyncHealth Privacy Office  
P.O. Box 27842  
Omaha, NE 68127

Notary Stamp:
---------------