Formulario para la Petición de Información de Salud de CyncHealth

CyncHealth les ofrece a los pacientes la oportunidad de postular una auditoría a sus expedientes médicos dentro de CyncHealth. Esta solicitud, que puede hacerse anualmente sin costo, le informará qué médicos, si los hubiere, han tenido acceso a sus expedientes médicos a través de CyncHealth. Comenzaremos el trámite cuando recibamos una solicitud notariada y completa. Nos pondremos en contacto con usted para comunicarle los resultados en un plazo de 4 semanas.

- **Instrucciones:** Para enviar su solicitud, imprima y termine este formulario. Se requiere un número de teléfono en caso de que CyncHealth necesite comunicarse con usted para verificar cualquier información que haya proporcionado.

☐ **Marque aquí si desea recibir los resultados de esta solicitud al correo electrónico que haya proporcionado.**

Apellido Del Paciente:	Nombre Del Paciente:	Inicial del Segundo:	Apodos o Nombres Anteriores:
Fecha de Nacimiento Del Paciente:	Correo Electrónico:	Número De Teléfono Principal:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Por su protección, CyncHealth requiere que su identidad sea verificada, y su firma atestiguada por un notario público para procesar esta solicitud. Las firmas originales deben ser escritas 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:

Padre o Tutor: _____ Relación Con El Paciente: _____ Fecha: _____

-------- -------- -------- -------- -------- -------- **Section below to be completed by a Notary Public** -------- -------- -------- ----------

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:

Email the completed notarized form to support@cynchealth.org

Or mail the completed notarized form to:

CyncHealth Privacy Office
P.O. Box 27842
Omaha, NE 68127

CyncHealth Staff Use Only *Received by:* _____ *Date:* _____
STAFF NAME AND DEPARTMENT