AGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL CONDADO DE VENTURA
FORMULARIO DE PETICIÓN DE REVOCACION DE EXCLUCION DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Anteriormente, presenté una solicitud para "excluirme" del Intercambio de información de salud de la Agencia de atención médica del condado de Ventura (VCHCA). Ahora solicito que me reincorporen para que se pueda acceder electrónicamente a mi información médica a través de la Red HIE por parte de proveedores de atención médica autorizados.

Nombre del paciente: _____
Apellido: Primer nombre: Segundo nombre:

Nombre previo o alias: _____ **Fecha de nacimiento del paciente:** _____ **Sexo (M/F):** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad EstadoCódigo Postal

Número de teléfono principal: (_____) _____

_____ _____
Firma **Fecha de Firmado**

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, escriba el nombre a continuación e indique la relación.

_____
Nombre del representante **Relación del representante con el paciente** **Número de teléfono**

Return form to VCHCA:
Email: HIEconnect@ventura.org

Mail: Ventura County Health Care Agency
c/o: HIM Dept.
300 Hillmont Avenue, Ventura, CA 93003