

Health Information Request Form

**Please complete and return this form to your healthcare provider
who will return this form to Health Current.**

Patients have the right to request a copy of their health information that is available through Health Current, Arizona's health information exchange (HIE). Patients also have a right to request a list of the persons who have accessed their health information through the HIE in the last three years.

If you want to request any of this information, please complete and return this form to your healthcare provider. You will receive a response to the request within 30 days. Please note, Health Current may only send data to an address within the United States of America or its territories. If you are filling out this form for another person, the references to "I" and "my" in this form refer to that other person.

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Street Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Please check all boxes that apply:

- I request a copy of all of my health information that is available through Health Current.

- I request a list of all persons who have viewed my health information through Health Current in the past three years. I understand that this list will not include persons who viewed my health information in other ways, such as through a healthcare provider's electronic health record.

Signature of Patient or Patient's

Parent/Guardian/Health Care Decision Maker: _____

Print Name: _____ **Date:** _____

If signed by a person other than the patient, please indicate your authority to sign for the patient (check one):

- Spouse Parent/Guardian Caregiver with authority to make healthcare decisions

Provider Office Only: This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: _____

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____ Phone: _____

Forma de Solicitud de Información de Salud

Por favor complete y devuelva este forma a su proveedor de atención médica quien regresara este forma a Health Current.

Los pacientes tienen el derecho de solicitar una copia de su información de salud que está disponible a través de Health Current, el intercambio de información de salud (HIE) de Arizona. Los pacientes también tienen derecho a solicitar una lista de las personas que han accedido a su información de salud a través del HIE en los últimos tres años.

Si desea solicitar alguna de esta información, complete y devuelva este forma a profesional de la salud. Recibirá una respuesta en 30 días. Por favor, tome en cuenta que Health Current sólo puede enviar datos a una dirección dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Si está rellorando este forma para otra persona, las referencias a "Yo" y "mi" en esta forma se refieren a esa otra persona.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Marque todas que correspondan:

- Quiero una copia de toda mi información de salud que está disponible a través de Health Current.

- Quiero una lista de todas las personas que han visto mi información de salud a través de Health Current en los últimos tres años. Entiendo que esta lista no incluirá a las personas que vieron mi información de salud de otras maneras, como por ejemplo a través del registro de salud electrónico de un proveedor de atención médica.

Firma del Paciente o Padre/ Guardián/ Persona Autorizada para firmar decisiones medica:

Imprimir nombre: _____ **Fecha:** _____

Si firmado por una persona distinta del paciente, indique su autorización para firmar para el paciente (marque una):

- Esposo/Esposa
- Padre/ Guardián
- Persona Autorizada para firmar decisiones medica

Provider Office Only: This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: _____

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____ Phone: _____