

Proceso de verificación de la identidad: es necesario cuando un paciente da su consentimiento telefónico para la divulgación de registros. Se requieren al menos 2 identificadores antes de divulgar un registro.

Fecha de nacimiento _____

Número de permiso de conducir _____

4 últimos dígitos del número de la Seguridad Social _____

Número de teléfono _____

Dirección _____

Parte responsable que recibe los registros en nombre del paciente -

Nombre impreso _____

Firma _____

Fecha _____

Envíe el formulario cumplimentado a una de las siguientes direcciones:

Correo:
Citizens Health
100 E. College Drive Colby,
KS 67701

Correo electrónico:
him-staff@cmciks.com

Fax: 785-460-1490

Si tiene preguntas, llame al 785-460-4851