



SOLO PARA USO DE SUTTER HEALTH

Nro. de registro del paciente:

Fecha de nacimiento:

Solicitud de envío de información a My Health Online

Seleccione su hospital / centro afiliado a Sutter

- Sutter Medical Foundation Sutter East Bay Medical Foundation Sutter Gould Medical Foundation
- Palo Alto Medical Foundation Sutter Pacific Medical Foundation
- Sutter Community Connect (escriba el nombre del proveedor): _____
- Sutter Hospital (escriba el nombre del hospital): _____

My Health Online le permite acceder de manera segura y confidencial a la información sobre su salud desde cualquier lugar con acceso a Internet. Con My Health Online, usted puede acceder a la información sobre su salud con comodidad, ver resultados de pruebas, coordinar citas y más. Para más información, visite el sitio web de su centro local afiliado a Sutter Health o www.SutterHealth.org, envíenos un correo electrónico a myhealthonline@sutterhealth.org o llámenos al 1-866-978-8837.

Solicito que Sutter Health envíe la información sobre mi salud, incluidos los resultados de pruebas, a mi registro médico personal en línea. Entiendo que las leyes de California prohíben a los proveedores de atención médica enviar los resultados de determinadas pruebas por medios electrónicos. Entiendo que el acceso a la información sobre mi salud es solo para mi uso personal.

FIRMA: _____ FECHA: _____.

Información sobre la inscripción

- Para inscribirse debe tener 18 años o más.
- No debe compartir su nombre de usuario (ID) y contraseña con nadie.

Recepción de su código de acceso

El código de acceso se le enviará por correo postal. Tenga paciencia, pues este proceso puede llevar hasta una semana.

Información del solicitante

Asegúrese de firmar este formulario. La falta de una firma retrasará el procesamiento de su solicitud.

Nombre

_____ (ingrese en letra de imprenta legible)

Traiga este formulario a su próxima cita médica o envíelo por fax o correo postal al Centro de contacto de servicios al paciente.

Fecha de hoy _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____

Correo electrónico _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ **Estado** _____

SOLO PARA USO DE SUTTER HEALTH

Identificación del paciente/firma verificada por _____ Fecha: _____ / _____ / _____



Solicitud de envío de información a My Health Online

Código postal (ZIP) _____
Teléfono (_____) _____

SOLO PARA USO DE SUTTER HEALTH

Nro. de registro del paciente:

Fecha de nacimiento:

Fax:

Patient Services Contact Center (Centro de contacto de servicios al paciente)

A la atención de: My Health Online,
(877) 607-6484

Correo postal:

Patient Services Contact Center (Centro de contacto de servicios al paciente)

A la atención de: My Health Online

P.O. Box 255386

Sacramento, CA 95865-5386

Si desea una copia para sus registros,
por favor haga una fotocopia de este
formulario

SOLO PARA USO DE SUTTER HEALTH

Identificación del paciente/firma verificada por _____ Fecha: ____ / ____ / ____