



Patient Rights Process

Attestation of Receipt of the Notice

I acknowledge that I received and read the Notice of Health Information Practices. I understand that my healthcare provider participates in Contexture, Arizona's health information exchange (HIE). I understand that my health information may be securely shared through the HIE, unless I complete and return an Opt Out Form to my healthcare provider.

Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés). Entiendo que mi información de salud puede ser compartida de forma segura a través del HIE, a menos que complete y regrese una Forma (Opt Out) sobre la opción de no participar del paciente a mi proveedor de salud.

Patient Signature

Date

Guardian Signature

Date

SWCVA Employee Signature

Date