ROI

Solicitud de información de salud por parte del paciente

Información del paciente (en letra de imprenta)

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al anterior):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Solicito mis expedientes de:

Nombre del centro: **Dirección:** **Código postal de la ciudad/estado:**	**Correo electrónico del centro:** **Fax del centro:**

¿Qué expedientes quiere recibir o hacer que se divulguen al destinatario señalado? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

Fecha(s) de servicio: ____/____/_____ hasta ____/____/_____

☐ Notas de progreso ☐ Expediente de sala de emergencias ☐ Resumen del alta médica ☐ Historial y examen físico
☐ Consulta(s) ☐ Informes de laboratorio ☐ Informe de patología ☐ Nota operatoria ☐ Imágenes/radiografías
☐ Informes de imágenes/radiografías ☐ Expediente completo ☐ Tiras de monitor cardíaco fetal
☐ Otro (especifique) _____

_____

Si existe, se podrá divulgar la siguiente Información Sensible:
☐ Abuso de alcohol ☐ Abuso de drogas ☐ Enfermedades contagiosas, incluyendo el estado del VIH
☐ Pruebas genéticas ☐ Diagnósticos psiquiátricos/conductuales

¿Cómo quiere que se le entreguen sus expedientes?
☐ En papel
☐ De forma electrónica: ☐ correo electrónico (comprendo que existe un riesgo cuando la información se transmite por un sistema de correo electrónico no seguro, y es posible que un tercero acceda a dicha información durante el proceso de transmisión. Al marcar esta casilla, indico que acepto este riesgo).
☐ En USB o CD
☐ Protegido por contraseña ☐ Sin protección por contraseña
☐ Enviar por correo a la siguiente dirección ☐ Recogeré en persona

Si es por correo, ¿dónde quiere que se envíe la información? (Llene las casillas a continuación):
Sírvanse proporcionar mis expedientes a: ☐ Yo mismo ☐ Representante personal (indicado a continuación)
☐ Otro tercero (indicado a continuación)

Nombre del destinatario:	Teléfono del destinatario: Fax del destinatario:
Dirección postal del destinatario:	Correo electrónico del destinatario (si corresponde):

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:

Nombre del paciente o del representante personal (en letra de imprenta)	**Relación (en letra de imprenta)**

Firma del paciente o del representante legal		Fecha/Hora
Relación con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente	Intérprete, si se utilizó uno	Fecha/Hora
Firma del testigo		Fecha/Hora

Este Centro de Atención Médica reconoce el derecho del paciente, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), a acceder a copias de su información de salud. Es posible que haya que pagar por el trámite de la solicitud y la presentación de los expedientes solicitados.

Patient Label