



\*ROI\*

<b>Información del paciente (en letra de imprenta)</b>			
Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):			
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):		Teléfono:	Correo electrónico (opcional):
Dirección:		Ciudad:	Estado:      Código postal:
<b>¿Qué expedientes desea? (Marque las casillas adecuadas a continuación):</b>			
Fecha(s) de servicio: ____/____/____ hasta ____/____/____			
Notas de progreso	Expediente de sala de emergencias	Resumen del alta	Historia y físico
Consulta(s)	Informes de laboratorio	Informe de patología	Nota(s) quirúrgica(s)
Imagenología/Radiografías	Expediente completo	Tiras de frecuencia cardíaca fetal	Imagenología/Radiografías
<b>Información sensible:</b> Abuso de alcohol    Abuso de drogas    Enfermedades contagiosas, incluido el estado de VIH			
Prueba genéticas    Diagnósticos psiquiátricos o conductuales			
Otros (especifique) _____			
<b>¿Cómo le gustaría recibir sus expedientes?</b>			
Impresos			
Forma electrónica:		Correo electrónico (Entiendo que me pongo en riesgo cuando mi información se transmite a través de un sistema de correo electrónico no seguro, y un tercero puede acceder a la información durante el proceso de transmisión. Al marcar la casilla para solicitar el envío por correo electrónico, acepto este riesgo).	
USB o CD			
Protegido por contraseña		Sin protección por contraseña	
Por correo a la siguiente dirección		Los recogeré en persona	
<b>En caso de que se envíen por correo, ¿a dónde quiere que se envíe la información? (Rellene los cuadros a continuación):</b>			
Entreguen mis expedientes a:		Mí mismo	Representante personal (se indica a continuación)
Otros terceros			
Nombre del destinatario:		Teléfono del destinatario:	
		Fax del destinatario:	
Dirección postal del destinatario:		Correo electrónico del destinatario (si corresponde):	
<b>Coloque su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:</b>			
<b>Nombre del paciente o representante personal (en letra de imprenta)</b>		<b>Relación (en letra de imprenta)</b>	
Firma del paciente o representante personal			Fecha / hora
<b>Devuelva el formulario lleno a:</b>			
<b>Nombre del centro:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Dirección del centro:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Ciudad, estado, código postal:</b>			
<i>Este centro de atención médica reconoce el derecho del paciente, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), para acceder a copias de su información de salud. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los expedientes solicitados.</i>			

Patient Request for Health Information

HIM-1406S

04/18 (Rev. 08/18)

Page 1 of 1

Patient Label