

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

(Patient Request for Release of Medical Records Information)

Patient Identification



Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:	Últimos 4 del nro. de Seguridad Social:
Domicilio:	Teléfono: ()	

Destinatario de la información (elija uno)

Paciente

Nombre del representante personal / legal del paciente: _____

*(Por favor proporcione la documentación del representante personal/legal: (Por ejemplo: tutela [guardianship], curatela [conservatorship], poder notarial [power of attorney], albacea testamentario [executor of estate])

Forma de copia solicitada (elija una)

Inspección Papel PDF (CD) PDF (correo electrónico) PDF (memoria USB)

Otra (especifique) _____

Método de entrega (Elija uno)

Pasar a recogerlo / inspeccionarlo (Si no es el paciente, especifique el nombre: _____)

Enviar copia en papel, CD o USB a la dirección postal del paciente: _____

Entrega electrónica (dirección de correo electrónico: _____ o Fax () _____ - _____)

Correo electrónico seguro (requerirá iniciar sesión)

Correo electrónico no encriptado (al elegir esta opción, acepta el riesgo de que su información pueda ser vista por una persona no autorizada)

MyChart

Descripción de la información solicitada:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Resumen de expediente médico (incluye los con *) | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Estudios cardíacos/ ECG* | <input type="checkbox"/> Consulta* | <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica* |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias* | <input type="checkbox"/> Historia y examen físico* | <input type="checkbox"/> Laboratorio* |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso / Órdenes del Dr. | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Informe operatorio* |
| <input type="checkbox"/> Patología | <input type="checkbox"/> Historial médico/ del consultorio | <input type="checkbox"/> Radiología |
| <input type="checkbox"/> Expedientes médicos SANE | <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Fechas de atención: _____

_____ Hora	_____ Fecha	_____ Firma del paciente/padre/tutor/curador	_____ Relación con el paciente
_____ Hora	_____ Fecha	_____ Miembro del equipo que tramita la solicitud	

- Solicitud verbal recibida y verificación de identidad completada según la política.
- Copia del formulario de Divulgación de Información del Paciente entregado al paciente.
- Copia del formulario de Divulgación de Información rechazada por el paciente.