

Solicitud de información de salud por parte del paciente			
Información del paciente (en letra de imprenta)			
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:	Correo electrónico del centro:	Correo electrónico del centro:	
Dirección:	Fax del centro:		
Código postal de la ciudad/estado:			
¿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			
□ 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:			
Trombio doi documentario.		Fax del destinatario:	
Dirección postal del destinatario:	Correo electrónico del destinatario (si corresponde):		
Escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:			
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 Request for Health Information (SP) (iPDF)
HIM-1406S Page 1 of 1

04/18 (Rev. 08/18, 01/20, 02/20, 06/21)