



SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COPIAR O ACCEDER A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Complete todas las secciones en su totalidad. Si esta solicitud no está completa, podría ser devuelta y provocar una demora en su procesamiento. Al momento de la solicitud y del retiro se exigirá la presentación de una identificación con fotografía.

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

N.º de cuenta/historia clínica

Iniciales

Páginas

Fecha

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____	Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social: _____	N.º de teléfono: _____
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Entidad o persona que le solicita información de salud a Mercy Health Hospital o al consultorio del médico:
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

St. Rita's Nombre del médico/consultorio: _____
 Otro proveedor de atención médica: _____

Fechas del servicio a divulgar: (del): _____ (al): _____

Informes específicos a divulgar: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Resumen del informe (resumen del alta, historia clínica y exploración física, informe quirúrgico, consultas, resultados de pruebas...)
 Visita al consultorio Informe del Departamento de emergencias Historia clínica y exploración física
 Informe quirúrgico Resumen del alta Registro de vacunas
 Resultados de pruebas (laboratorio, patología, radiología y pruebas cardíacas)
 Otro (imágenes, fotografías): _____
 Registro completo (estándar, dos años de información, a menos que se especifique lo contrario): _____

Formato seleccionado en caso de que los registros se retiren o se envíen por correo:

Formato impreso Formato electrónico (CD)

Medio de divulgación de la información: (Marque uno)

Nombre del solicitante (en caso de que sea diferente): _____

Enviar por correo al domicilio que figura arriba
 Enviar por fax al siguiente número: _____ (es posible que haya limitaciones respecto de las páginas)
 Enviar por correo electrónico a: _____

(Reconozco y acepto los riesgos asociados con las difusiones poco seguras y entiendo que Mercy Health no es responsable de las divulgaciones que ocurran durante el proceso de envío. Reconozco las limitaciones relacionadas con el tamaño del archivo. Si no es posible enviar el archivo por correo electrónico debido a su tamaño, proporcionaré una dirección postal o recogeré dicha información)

Lugar de retiro: _____

- Entiendo y reconozco que no se aplican cargos para obtener acceso (leer/revisar) a mi información de salud ni para recibir una copia de informes/pruebas/resúmenes específicos (mediante cita, se requiere un aviso con 24/48 horas de anticipación). Si solicito mi informe completo de información de salud, se aplicará un cargo. La información de salud que esté en formato electrónico y se proporcione por vía electrónica o en formato impreso, tendrá una tarifa fija \$6,50. La información de salud que esté en formato impreso costará \$0,10 por página.
- Entiendo y reconozco que si solicito mi información de salud mientras esté internado/hospitalizado o recibiendo servicios, es posible que mi registro no esté completo y que deba solicitarlo una vez que concluyan los servicios.

Firma del paciente/representante legal del paciente

Fecha

Relación con el paciente: _____ (Se debe presentar documentación que respalde la autoridad)

Testigo (opcional): _____