



N.º de cuenta/historia clínica

Iniciales

Páginas

Fecha

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.

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____	Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social: _____	N.º de teléfono: _____
Dirección: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Calle Ciudad Estado Código postal </div>			
Entidad o persona que le solicita información de salud a Mercy Health Hospital o al consultorio del médico: (Seleccione todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Mercy Regional Medical Center <input type="checkbox"/> Mercy Allen Hospital <input type="checkbox"/> Cancer Center <input type="checkbox"/> HealthSpan			
<input type="checkbox"/> Nombre del médico/consultorio: _____ <input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica: _____			
Fechas del servicio a divulgar: (del): _____ (al): _____			
Informes específicos a divulgar: (Seleccione todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Resumen del informe (resumen del alta, historia clínica y exploración física, informe quirúrgico, consultas, resultados de pruebas...)			
<input type="checkbox"/> Visita al consultorio <input type="checkbox"/> Informe del Departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Historia clínica y exploración física			
<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Registro de vacunas			
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas (laboratorio, patología, radiología y pruebas cardíacas)			
<input type="checkbox"/> Otro (imágenes, fotografías): _____			
<input type="checkbox"/> 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:			
<input type="checkbox"/> Formato impreso <input type="checkbox"/> Formato electrónico (CD)			
Medio de divulgación de la información: (Marque uno)			
Nombre del solicitante (en caso de que sea diferente): _____			
<input type="checkbox"/> Enviar por correo al domicilio que figura arriba			
<input type="checkbox"/> Enviar por fax al siguiente número: _____ (es posible que haya limitaciones respecto de las páginas)			
<input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Lugar de retiro: _____			
<ul style="list-style-type: none"> • 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): _____			