

# 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.