

Solicitud del paciente para obtener información médica

Información del paciente (en letra de imprenta)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente del anterior):		Nº de registro médico:	Nº de información financiera*:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Solicitud para obtener información de
(especifique el centro de Hospitales Shriners para Niños): _____

Fecha(s) del tratamiento: Fechas específicas: ____/____/____ hasta ____/____/____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen que incluye todos los documentos enumerados, excepto las imágenes radiológicas | <input type="checkbox"/> Notas clínicas/de evolución |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Imágenes/CD con imágenes radiológicas |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿En qué formato le gustaría recibir sus registros? (elija uno):

- Impresos Memoria USB *Correo electrónico Otro (especifique): _____

**El correo electrónico no es un medio seguro de comunicación. Cifraremos las comunicaciones por correo electrónico de sus registros.

- Envíen copias de mis registros a:** Yo mismo Padre/madre/tutor legal u otro representante personal (una persona con autoridad legal para tomar una decisión de atención médica del individuo, por ejemplo mediante un poder o testamento en vida):

Nombre del representante personal: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Número de teléfono de la persona que recibe los registros si no es el paciente: _____

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta clara): _____

Número de fax (en letra de imprenta clara): _____

Entiendo que la información contenida en mi registro médico puede contener pruebas, resultados y/o registros de tratamiento de VIH/SIDA; diagnósticos y/o registros de tratamiento de salud mental; diagnósticos y/o registros de tratamiento de abuso de alcohol y/o drogas.

Procesamiento de su información solicitada:

Puede haber un cargo por copias de la información médica solicitada. Le informaremos sobre el cargo antes de proporcionar las copias solicitadas. Responderemos su solicitud en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción. El tiempo real de respuesta suele ser más corto. Es posible que necesitemos una extensión de 30 días más si su información médica no es de fácil acceso o si está guardada en un lugar de almacenamiento fuera del centro. Le notificaremos si necesitamos esta extensión de tiempo.

***Incluya una copia de su identificación con foto y firma para fines de verificación.**

_____ a. m./p. m. _____
Firma del paciente/padre/madre/tutor legal Fecha/hora Relación con el paciente

Nombre en letra de imprenta

Solicitud del paciente para obtener información médica

Hospitales Shriners para Niños®



Información del paciente e Información de la etiqueta