

## FORMULARIO DE ACCESO DEL PACIENTE

<b>Sección A: Se debe completar esta sección para todas las solicitudes de acceso.</b>					
Apellido del paciente		Primer nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social ( <i>opcional</i> ):			
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Dirección electrónica:			
Nombre en el momento del tratamiento, si difiere del de arriba:					
Nombre y dirección de la entidad o proveedor de atención médica que le proveerá acceso a esta información:					
¿A dónde quiere que se envíe la información? A mí o A un representante personal (que se indica abajo)					
Nombre del representante personal:			Fecha de nacimiento (solo para uso de MyChart):		
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Dirección electrónica:			
Fax:					
<b>¿Qué registros solicita?</b>					
<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>	<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>	<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>
<input type="checkbox"/> Toda la información de salud protegida en la historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de admisión  <input type="checkbox"/> Órdenes de los médicos <input type="checkbox"/> Hojas de medicación <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio		<input type="checkbox"/> Resumen de alta médica <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Evaluación inicial <input type="checkbox"/> Factura detallada <input type="checkbox"/> Historia premio y examen físico <input type="checkbox"/> Informes radiológicos		<input type="checkbox"/> Otra opción: <input type="checkbox"/> Otra opción: <input type="checkbox"/> Otra opción:	
Describa la naturaleza y las fechas exactas de las historias clínicas que solicita.					
Método preferido de entrega: <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Retiro de copias impresas <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal para pacientes (si está disponible) <input type="checkbox"/> Otro método electrónico (USB, CD, otra opción). Especifique:					

Escriba su nombre en letra imprenta y firme a continuación:

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Select Medical reconoce los derechos de un paciente bajo HIPAA para acceder a copias de su información médica. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros solicitados.*