

SOLICITUD DIRIGIDA POR EL PACIENTE

*Indica un campo OBLIGATORIO

Completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica.
Si no brinda toda la información requerida, esta solicitud puede quedar anulada.

*Nombre del paciente: _____ N.º de expediente médico: _____

*Dirección: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

¿Dónde desea que se envíe la información? (Esta solicitud dirigida por el paciente se usa solo cuando un paciente solicita sus propios registros u ordena que se envíen a un tercero.)

*Nombre del receptor: _____ *Teléfono del receptor: _____

*Dirección postal del receptor: _____ *Correo electrónico del receptor (si corresponde): _____

***Marque la opción de entrega:**

Copia impresa / Recogerla personalmente o enviarla por correo postal

N.º de fax del proveedor # _____

Correo electrónico (Cifrado/al paciente o a la atención continúa únicamente) _____

***¿Qué expedientes necesita? (Marque las casillas que correspondan a continuación):**
Ubicación: _____

Fecha(s) del (de los) servicio(s): ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Resumen del alta hospitalaria Expedientes de la sala de emergencias

Informes quirúrgicos/de procedimientos

Resultados de pruebas (rayos X, resultados de laboratorio/patología). Especifique: _____

Información sobre tratamiento de salud mental/alcohol/farmacodependencia

Resultados de las pruebas de VIH Información sobre pruebas genéticas

Registros médicos sobre la salud reproductiva

Otros (Registros de vacunación, lista de medicamentos, documento sobre la continuidad de la atención).
Especifique: _____

Yo autorizo a _____ a recoger mis registros médicos.

*Firma: _____
(Paciente/Padre o madre/Curador/Tutor) Fecha/Hora

*nombre en imprenta: _____ Relación _____



Authorization to
Release Medical Info

Adventist Health
PATIENT DIRECTED REQUEST
(05/23) – 8707F2917

PATIENT LABEL
Spanish Translation Provided By
Taylor Communications Inc.