



ROI

Información del paciente (en letra imprenta)			
Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
		Apellido:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente del anterior):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono:	Correo electrónico (opcional):
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:
			Código postal:
Solicito mis registros a:			
Nombre del centro:		Correo electrónico del centro:	
Dirección:		Fax del centro:	
Ciudad/Estado Código postal:			
¿Qué registros desea recibir o que se divulguen al destinatario indicado? (Marque las casillas correspondientes):			
Fecha(s) de servicio: ___/___/_____ hasta ___/___/_____			
<input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historial y examen físico <input type="checkbox"/> Consulta(s) <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Reporte patológico <input type="checkbox"/> Nota(s) quirúrgica(s) <input type="checkbox"/> Imagenología/radiografías <input type="checkbox"/> Reportes de imagenología/radiografías <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Tiras de monitor cardíaco fetal <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____			
Si existe, puede revelarse la siguiente Información sensible:			
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas, incluido el VIH <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Diagnósticos psiquiátricos/conductuales			
¿Cómo desea que le enviemos sus registros?			
<input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> Electrónico: <input type="checkbox"/> Correo electrónico (Entiendo que existe un riesgo para mí cuando mi información se transmite a través de un sistema de correo electrónico no seguro y que un tercero podría acceder a la información durante el proceso de transmisión. Al marcar la casilla para solicitar la entrega por correo electrónico acepto este riesgo). <input type="checkbox"/> Medios extraíbles (es decir, DVD, USB, CD-ROM, etc.) <input type="checkbox"/> Protegido con contraseña <input type="checkbox"/> No protegido con contraseña <input type="checkbox"/> Correo postal a la dirección abajo indicada <input type="checkbox"/> Lo recogeré en persona			
En caso de envío por correo postal, ¿a dónde desea que se envíe la información? (Llene las casillas a continuación):			
Por favor proporcione mis registros a: <input type="checkbox"/> A mí <input type="checkbox"/> Representante personal (indicado a continuación) <input type="checkbox"/> Otro tercero (indicado a continuación)			
Nombre del destinatario:		Teléfono del destinatario:	
		Fax del destinatario:	
Dirección postal del destinatario:		Correo electrónico del destinatario (si procede):	
Por favor escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:			
Nombre del paciente o representante personal (en letra de imprenta)		Relación (en letra de imprenta)	
Firma del Paciente o Representante legal		Fecha/Hora	
Relación con el Paciente/Autoridad para actuar en nombre del paciente		Intérprete, si se utiliza	Fecha/Hora
Firma de testigo		Fecha/Hora	
<i>Este centro de atención médica reconoce el derecho del paciente bajo la ley HIPAA a acceder a copias de su información médica. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros solicitados.</i>			

Patient Request for Health Information (SP) (iPDF)

HIM-1406S

Page 1 of 1

04/18 (Rev. 08/18, 01/20, 02/20, 06/21, 11/23)

Patient Label