

FORMULARIO DE ACCESO DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Sección A: Se debe completar esta sección para todas las solicitudes de acceso. | | | | | |
| Apellido del paciente | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Fecha de nacimiento | | Número del Seguro Social (opcional): | | | |
| 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: | | | | | |
| Dirección: | | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | | Código Postal: | |
| Teléfono: | | Dirección electrónica: | | | |
| Fax: | | | | | |
| ¿Qué registros solicita? | | | | | |
| <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.