



Etiqueta del paciente

Formulario de solicitud de acceso del paciente al historial médico
CHCR-001SP rev. 06/18
Epic# 1000—HIM ROI Authorization

Página 1 de 1

Formulario de solicitud de acceso del paciente al historial médico

Nombre de la institución/entidad:

Form fields for patient information: Nombre completo del paciente, Correo electrónico, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, Fecha de nacimiento, Últimos 4 dígitos del núm. de seguro social, Núm. de licencia de conducir/Estado emisor.

Options for access: Solicito el acceso para (favor de marcar una opción): Ver registros únicamente, Obtener copias de registros, Enviar registros al Portal del paciente MyChart, Enviar registros a través de correo electrónico cifrado, Recoger registros personalmente, Enviar registros al domicilio mencionado, Otro.

Por favor, complete la siguiente información:

Form fields for request details: Fecha(s) del servicio relacionado con la solicitud, Si solicita copias, describa el motivo de su solicitud, Describa el tipo de información que solicita ver o cuyas copias desea obtener.

Certifico que esta solicitud para acceder a mi información de salud se efectúa de forma voluntaria y que la información proporcionada arriba es exacta según mi leal saber y entender. Comprendo que es posible que Centura Health no me conceda el acceso a determinados tipos de información sobre mi salud, y que no se podrá acceder a la información relativa a menores entre los 13 y 17 años de edad, a fin de garantizar el cumplimiento con los requisitos legales en lo que respecta al acceso a los registros del paciente. Entiendo que si es necesario obtener copias impresas, esto generará un cobro asociado con dichas copias.

Firma del paciente o representante legal: Fecha: Hora:

Si es el representante legal, nombre con letra de molde: Relación con el paciente:

Form fields for administrative use: Para uso exclusivo de Centura Health—Persona que recibe la solicitud, Fecha de recepción de la solicitud, Verificación de identidad, Núm. de historial médico, Solicitud aprobada/denegada, Fecha de aprobación/negación, Fecha de finalización, Persona que finaliza la solicitud, Reconocimiento de inspección por parte del paciente, Razón de negación.

APROBACIÓN DE HISTORIAL PSIQUIÁTRICO POR PARTE DEL MÉDICO: Declaro que soy el médico responsable del paciente arriba mencionado. He revisado el historial médico con el fin de determinar si éste contiene alguna información relativa a problemas psicológicos o psiquiátricos que, en caso de ser revelada al paciente, podría razonablemente poner en peligro la vida o seguridad física del individuo o de otra persona.

Esta información del historial médico: Puede entregarse al paciente NO puede entregarse al paciente

Firma del médico o persona designada: Fecha: Hora:

Nombre del médico con letra de molde: