

Solicitud de información médica del paciente

Información del paciente (en letra de imprenta):

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono particular:	Teléfono móvil:
Domicilio:	Ciudad:	Estado: Código postal:

¿Qué historiales desea obtener? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

Fechas de servicio: ___/___/___ hasta ___/___/___	Nombre del centro/clínica: _____
---	----------------------------------

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas (radiografías, | <input type="checkbox"/> Medios digitales de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Historiales de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/patologías | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Operaciones/Procedimientos | Especifique: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Consultas | _____ | <input type="checkbox"/> Historiales de tratamiento de |
| <input type="checkbox"/> Historiales de facturación | | trastornos por uso de sustancias |

¿Quién recibirá esta información de Intermountain Healthcare? (Marque una):

- Yo, el paciente Representante personal (Nombre/relación: _____)

¿Qué tipo de copias quiere? (Marque una):

- Copias impresas Copias electrónicas/DVD

¿Cómo le gustaría recibir sus historiales? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

- Entrega física (especifique el método de entrega):
- Envío por correo al domicilio indicado arriba
 - Los recogeré personalmente (traer identificación con fotografía)
 - Enviar por correo o mi Representante Personal indicado arriba los recogerá – Especifique el domicilio y el teléfono: _____ (traer identificación con fotografía para recoger)
 - Envío por correo a una ubicación diferente, especifique el domicilio: _____
- Entrega electrónica (especifique el método de entrega):
- Envío al correo electrónico personal o del trabajo. Especifique: _____
(Comprenda que las direcciones de correo electrónico personal o del trabajo no son necesariamente seguras. Es posible que la información la lea el empleador si se trata de un correo electrónico del trabajo, por hackers, ya que se transmite de manera poco segura a través de Internet, o por la familia cuando se envía a una computadora de casa. Al marcar esta opción, acepta asumir estos riesgos).
 - Otro, especifique: _____

Nota: puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los historiales solicitados.

Escriba su nombre con letra de imprenta y firme a continuación:

Nombre del paciente o del representante personal (en letra de imprenta)	Relación (en letra de imprenta)
Firma del paciente o del representante personal	Fecha/Hora

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A: P.O. Box 571069, Murray, UT 84157; Correo electrónico: medcreq@r1rcm.com o Fax: 385-215-7047

***NO FORMA PARTE DEL HISTORIAL MÉDICO**