

# Solicitud del paciente para obtener información médica

## Información del paciente (en letra de imprenta)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente del anterior):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Solicitud para obtener información de ( <b>especifique el centro de Hospitales Shriners para Niños</b> ): _____			

<input type="checkbox"/> Fecha(s) del tratamiento: Fechas específicas: _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____	
<input type="checkbox"/> Informe de resumen <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas de evolución <input type="checkbox"/> Informes de consulta <input type="checkbox"/> Imágenes/CD con imágenes radiológicas <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿En qué formato le gustaría recibir sus registros? (elija uno): <input type="checkbox"/> Impresos <input type="checkbox"/> Memoria USB <input type="checkbox"/> *Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
**El correo electrónico no es un medio seguro de comunicación. Cifraremos las comunicaciones por correo electrónico de sus registros.	
<input type="checkbox"/> <b>Envíen copias de mis registros a:</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Representante personal (indicado a continuación): Nombre del representante personal: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____ Número de teléfono de la persona que recibe los registros si no es el paciente: _____ Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta clara): _____	

Si envío este formulario de solicitud de acceso y solicito que se envíe mi información a un tercero, entiendo que la información contenida en mi registro médico puede contener pruebas, resultados y/o registros de tratamiento de VIH/SIDA; diagnósticos y/o registros de tratamiento de salud mental; diagnósticos y/o registros de tratamiento de abuso de alcohol y/o drogas.

### Procesamiento de su información solicitada:

Puede haber un cargo por copias de la información médica solicitada. Le informaremos sobre el cargo antes de proporcionar las copias solicitadas. Responderemos su solicitud en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción. El tiempo real de respuesta suele ser más corto. Es posible que necesitemos una extensión de 30 días más si su información médica no es de fácil acceso o si está guardada en un lugar de almacenamiento fuera del centro. Le notificaremos si necesitamos esta extensión de tiempo.

**\*Incluya una copia de su identificación con foto y firma para fines de verificación.**

\_\_\_\_\_ a. m./p. m.  
**Firma del paciente/padre/madre/tutor legal**                      **Fecha/hora**                      **Relación con el paciente**

Nombre en letra de imprenta

Solicitud del paciente para obtener información médica  
Hospitales Shriners para Niños®



Información del paciente e Información de la etiqueta