

Solicitud de información de salud por parte del paciente

Información del paciente (escriba en letra de imprenta)

| | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|----------------|
| Nombre: | Inicial del segundo nombre: | Apellido: | |
| Nombre al momento del tratamiento (si difiere del anterior) | | | |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): | Teléfono: | Correo electrónico (opcional): | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |

¿Qué registros desea solicitar? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

Fecha(s) del servicio: ___/___/_____ hasta ___/___/_____

- ☐ Resumen de alta ☐ Registros de la sala de emergencias ☐ Informes operativos/sobre procedimientos
- ☐ Resultados de pruebas (radiografías, resultados de laboratorio/patología). Especifique: _____
- ☐ Otros (registros de vacunación, listas de medicamentos). Especifique: _____

¿Cómo desea que se le entreguen sus registros?

- ☐ En papel ☐ En formato electrónico (CD)
- ☐ Entrega a domicilio ☐ Retiro en persona

¿A dónde desea que le enviemos la información? (Complete las casillas a continuación):

Deseo que Cleveland Clinic Martin Health envíe mis registros a:

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Nombre del destinatario: | Teléfono del destinatario: |
| Dirección postal del destinatario: | Fax del destinatario: |

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

Nombre del paciente o del representante personal: _____ Relación: _____

Firma del paciente o del representante personal _____ Fecha: _____

Cleveland Clinic Martin Health reconoce el derecho del paciente bajo las normas de la ley HIPAA a acceder a copias de su información de salud. Pueden existir cargos asociados al procesamiento de la solicitud y a la elaboración de los registros solicitados.