

Lovelace Health System	SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD
--	--

	INFORMACIÓN DEL PACIENTE (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)		
Nombre del paciente			
Dirección			
Ciudad/Estado/Código postal			
Fecha de nacimiento	/ /	Nº de teléfono:	

¿CUÁLES EXPEDIENTES QUIERE?			
<i>Entiendo que esta información pudiera incluir datos referentes al: SIDA; VIH; diagnóstico/tratamiento del abuso de drogas o bebidas alcohólicas; salud mental o conductual o atención psiquiátrica</i>			
☐ Resumen (notas del médico, expediente de la sala de emergencias, resultados de las pruebas, operaciones)	☐ Informes de laboratorio		
☐ Resumen de dada de alta ☐ Expediente de la sala de emergencias ☐ Informes de radiología	☐ Otro		
☐ Historial/Chequeo físico ☐ Expediente(s) de operaciones ☐ Imágenes de radiología			
Fecha(s) de la prestación de servicios:			

¿CÓMO QUIERE QUE SE LE ENTREGUEN LOS EXPEDIENTES?		
☐ Papel:	☐ Pasaré a buscarlos en persona	☐ Envíelos a mi domicilio (la dirección se indica a continuación)
☐ CD:	☐ Pasaré a buscarlos en persona	☐ Envíelos a mi domicilio (la dirección se indica a continuación)
☐ Correo electrónico:	Quiero que me envíen mi copia electrónicamente por correo electrónico a esta dirección de correo electrónico: _____ ADVERTENCIA: Entiendo que hay un nivel de riesgo de que un tercero lea u obtenga acceso de otro modo a mi información de salud protegida en tránsito y acepto recibir dicha información por correo electrónico, sin encriptar, a la dirección de correo electrónico que se indica más arriba. Mi firma indica que entiendo y acepto el riesgo. _____ (Firma del paciente)	
☐ MyChart:	☐ Otro:	

¿A DÓNDE QUIERE QUE LE ENVIEMOS LOS EXPEDIENTES?		
Lovelace deberá aportar mis expedientes a: ☐ Mí ☐ Mi representante personal (cuyo nombre se indica a continuación):		
Nombre del destinatario		Nº de teléfono del destinatario
Domicilio del destinatario (número y calle)	Ciudad, estado, código postal del destinatario	Fax o correo electrónico del destinatario (si corresponde)

Lovelace reconoce el derecho del paciente, conforme a la ley HIPAA, para obtener acceso a copias de su información de salud. A lo mejor le cobren tarifas por procesar la solicitud y producir los expedientes que se solicitan.

Firma del paciente/Representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente o tutor legal en letra de molde

Relación o parentesco con el paciente, si no es usted mismo
(adjunte los documentos legales debidos)

Favor de devolver el formulario rellenado a: **HIM Department**
4101 Indian School Rd NE, Suite 110
Albuquerque, New Mexico 87110

Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario, favor de llamar al #505-727-8195

Para uso del personal del hospital:

Nº de cuenta/EM: _____ Se verificó la identificación: _____
 Lo procesó: _____ el _____ por medio de _____