

## FORMULARIO DE ACCESO DEL PACIENTE

<b>Sección A: Se debe completar esta sección para todas las solicitudes de acceso.</b>					
<b>Apellido del paciente</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Número del Seguro Social (opcional):</b>			
<b>Dirección:</b>					
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>		<b>Código Postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Dirección electrónica:</b>			
<b>Nombre en el momento del tratamiento, si difiere del de arriba:</b>					
<b>Nombre y dirección de la entidad o proveedor de atención médica que le proveerá acceso a esta información:</b>					
<b>¿A dónde quiere que se envíe la información? A mí o A un representante personal (que se indica abajo)</b>					
<b>Nombre del representante personal:</b>					
<b>Dirección:</b>					
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>		<b>Código Postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Dirección electrónica:</b>			
<b>Fax:</b>					
<b>¿Qué registros solicita?</b>					
<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>	<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>	<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>
<input type="checkbox"/> Toda la información de salud protegida en la historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de admisión  <input type="checkbox"/> Órdenes de los médicos <input type="checkbox"/> Hojas de medicación <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio		<input type="checkbox"/> Resumen de alta médica <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Evaluación inicial <input type="checkbox"/> Factura detallada <input type="checkbox"/> Historia premio y examen físico <input type="checkbox"/> Informes radiológicos		<input type="checkbox"/> Otra opción: <input type="checkbox"/> Otra opción: <input type="checkbox"/> Otra opción:	
Describa la naturaleza y las fechas exactas de las historias clínicas que solicita.  <hr style="width: 60%; margin-left: 0;"/>					
Método preferido de entrega: <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Retiro de copias impresas <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal para pacientes (si está disponible) <input type="checkbox"/> Otro método electrónico (USB, CD, otra opción). Especifique:					

Escriba su nombre en letra imprenta y firme a continuación:

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Select Medical reconoce los derechos de un paciente bajo HIPAA para acceder a copias de su información médica. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros solicitados.*