

# Solicitud de información de salud del paciente

## Información del paciente (Por favor, use latía de molde)

Nombre:		Apellidos:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

## ¿Qué expedientes médicos necesita? (marque las casillas apropiadas a continuación):

Fecha (s) de servicio: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Q**  Atención médica en cualquier momento

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial y Físico  | <input type="checkbox"/> Última Ingesta       | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología  |
| <input type="checkbox"/> Notas de Enfermeras   | <input type="checkbox"/> Informe de Operativo | <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología  |
| <input type="checkbox"/> Informe de Patología  | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta      | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma      |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso del Médico  | <input type="checkbox"/> Órdenes del Médico   | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Registros de la Sala de Emergencia  | <input type="checkbox"/> Informe de Consulta  | <input type="checkbox"/> TODOS                   |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación y pago por atención prestada durante el período en cuestión. |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Registros de vacunación, Medicamentos) Especificar: _____                       |   |  |

## ¿Cómo le gustaría recibir su información médica?

- Papel:  Entrega de correo  En persona
- Electrónico:  Correo electrónico seguro  Correo electrónico no seguro  CD
- Otra:  Verbal  TODOS

**CORREO ELECTRÓNICO NO SEGURO:** *Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de transmitir ISP a través de correo electrónico no cifrado.* \_\_\_\_\_ (iniciales)

**Quiero que**  Madison Memorial Hospital  Madison Surgery Center  Rexburg Medical Clinic  Madison Orthopedics  Seasons Medical  Madison Foot and Ankle  Rigby Medical Center  Upper Valley Orthopedics  TODOS

proporcione información:  Mismo  Representante Personal (indicado a continuación)  tercera parte (indicado a continuación)

Nombre del destinatario:	Teléfono del destinatario:
	Fax del destinatario:
Dirección del destinatario:	Correo electrónico del destinatario:

**Vencimiento:** A menos que sea revocada de otro modo, esta solicitud se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si yo no especifico una fecha, evento o condición de vencimiento, esta solicitud se vencerá un año a partir de la fecha en que esta solicitud esté fechada.

**Firma del Paciente o Representante Personal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

### Identity Verification (Employee processing this request must complete the following):

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| In-Person/Mail (Patient):               | <input type="checkbox"/> Driver's lic.             | <input type="checkbox"/> Sig. in chart | <input type="checkbox"/> Other:             |
| In-Person/Mail (3 <sup>rd</sup> party): | <input type="checkbox"/> Driver's lic.             | <input type="checkbox"/> Sig. in chart | <input type="checkbox"/> Other:             |
| Telephone (Patient):                    | <input type="checkbox"/> SSN or DL#                | <input type="checkbox"/> DOB           | <input type="checkbox"/> Presenting illness |
| Employee's initials: _____              | <input type="checkbox"/> Address (3 of 4 required) |  |   |

**Date disclosed** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Info already disclosed  HIM needs to disclose