



Número de expediente médico \_\_\_\_\_

**Solicitud de acceso a la información médica de pacientes de Woman's Hospital**

Nombre del paciente	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento del paciente			
Dirección del paciente			
	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	De día	De noche	

**¿A qué información quisiera acceder?**

- Registro de vacunas
- Resultados de imágenes
- Otro \_\_\_\_\_
- Resultados de laboratorio de tipo de sangre
- Informe de operación/procedimiento

**¿Cuáles son las fechas aproximadas de servicio?** \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de acceso prefiere?**

- Copia impresa
- Ver/Inspeccionar
- CD
- Otro- (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Método de entrega?**

- Retiro
- Otro - (especifique) \_\_\_\_\_
- Correo postal

**NOTA: Es posible que Woman's Hospital no pueda producir fácilmente algunos formatos solicitados, por ejemplo, el correo electrónico no siempre puede acomodar el tamaño del archivo de las imágenes solicitadas.**

**Si la solicitud es para enviar expedientes a terceros, especifique abajo:**

Nombre de terceros: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de terceros: \_\_\_\_\_

**NOTA: Si la solicitud se envía por correo electrónico no seguro y no cifrado, reconozco y acepto el riesgo de que un tercero puede leer la información transmitida en el correo electrónico no cifrado.**

Firma del paciente (representante personal): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY: Date copy of Patient Request for Access form given to patient _____ Date copy of Patient Request for Access form mailed to patient _____ Date records sent _____ Media of records disclosed (other than paper): <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Film <input type="checkbox"/> Other _____
---