

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MI

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ (mañana) \_\_\_\_\_ (tarde)

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**¿A qué información quisiera acceder?**

- Fechas de visita  Registro de vacunación  Tipo de sangre/resultados de laboratorio  Resultados de imágenes  
 Notas de fisioterapia  Reporte operativo/de procedimiento  Historia y reporte físico  Factura detallada  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Para expediente de trastorno por consumo de sustancias o salud mental, VIH/SIDA o resultados de pruebas genéticas, debe especificar abajo:**

- Información sobre el trastorno por consumo de sustancias:**  Historia y examen físico  Medicamentos  Demografía  
 Diagnóstico  Resumen de alta o instrucciones  Resultados de laboratorio  Indicaciones (médico/LIP)  
 Evaluación psiquiátrica  Notas de evolución (médico/LIP)  Plan de tratamiento  Otro: \_\_\_\_\_  
 Todo el expediente de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias: (incluye todo el expediente de trastornos por consumo de alcohol, drogas u otras sustancias que guarde el proveedor/programa de tratamiento, relacionados con el paciente, incluyendo todos los formularios de admisión e información demográfica, medicamentos, historia médica, indicaciones, evaluación psiquiátrica, pruebas clínicas y otra información sobre el tratamiento).

- EXPEDIENTE DE SALUD MENTAL:**  Lista de medicamentos  Notas de visita  Consultas  Historia médica  
 Otro \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DE LAS PRUEBAS GENÉTICAS : (especifique)** \_\_\_\_\_

Resultados de la prueba de **VIH o SIDA**

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

**¿Qué tipo de acceso prefiere?**  Copia en papel  CD/memoria USB  Vista/inspección

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Método de entrega**  Retiro  Correo  Otro: (especifique) \_\_\_\_\_

*Nota: Es posible que algunas solicitudes de formato no se puedan producir, es decir, que el correo electrónico no siempre puede aceptar el tamaño del archivo de las imágenes solicitadas.*

**Si la solicitud/consentimiento es para enviar expediente a terceros, especifique abajo:**

Nombre de terceros: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de terceros: \_\_\_\_\_

**Nota: Si la solicitud es para enviar por correo electrónico no seguro, doy mi consentimiento para recibir información del paciente por correo electrónico no cifrado. Tenga en cuenta que hay cierto nivel de riesgo de que cualquier información transmitida por correo electrónico no cifrado se pueda leer por terceros.**

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

**PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO:**

**Fecha en que se recibió el formulario de solicitud de acceso del paciente** \_\_\_\_\_