

# SOLICITUD DEL PACIENTE PARA OBTENER ACCESO/COPIA DEL HISTORIAL MÉDICO

¿Sabía usted que puede ver la mayor parte de su historial médico en Internet a través de MyAtriumHealth? Visite [www.atriumhealth.org](http://www.atriumhealth.org) y haga clic en [MyAtriumHealth](#). Si desea obtener una copia de su historial médico, por favor complete el siguiente formulario.

## Soy un paciente en Atrium Health y mi información se encuentra a continuación:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al dar su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en las [Pautas sobre Comunicaciones Electrónicas](#) publicada en [atriumhealth.org](http://atriumhealth.org)

Me gustaría que \_\_\_\_\_ (elijá uno):  
(Indique el nombre de la instalación o consultorio)

me entregue una copia de mi información de salud

enví una copia de mi historial o comparta mi información de salud con:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la institución, persona, empresa)

\_\_\_\_\_  
(Dirección o Apartado Postal / PO Box, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Número de Fax)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de correo electrónico)

Me gustaría que estas fechas de servicio sean enviadas/compartidas: \_\_\_\_\_

Solicito que se envíen/compartan las partes de mi historial médico que están marcadas a continuación:

Historial Médico (marque todas las que apliquen):	Imagenología (requiere formato en CD):	Facturación:
<input type="checkbox"/> Resumen de la Instalación (incluir lo que está en <b>negrilla</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Resumen de Alta</b> <input type="checkbox"/> <b>Historial y Físico</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Consultas</b> <input type="checkbox"/> <b>Visitas al Consultorio/Domicilio</b> <input type="checkbox"/> <b>Registros de Emergencias</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes Operativo</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Laboratorio</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Patología</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Radiología/Rayos X</b> <input type="checkbox"/> <b>Inmunizaciones</b>	<input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de Cardiología (Eco, Laboratorio de Cateterismo) <input type="checkbox"/> Imágenes de Neurología (EEG) <input type="checkbox"/> Ultrasonido de Obstetricia y Ginecología <input type="checkbox"/> Otras imágenes: _____	<input type="checkbox"/> Factura(s) detallada(s) <input type="checkbox"/> Formulario UB04 <input type="checkbox"/> Formulario CMS 1500 <input type="checkbox"/> Otras Facturas: _____
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo (No incluye facturación e imagenología) <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Notas de terapia (Ocupacional/Física/Lenguaje) <input type="checkbox"/> Informes de Estudios del Sueño		

Deseo que este historial se entregue de la siguiente manera (elijá una):

- CD  
 Correo Electrónico  
 Copia en papel  
Otro \_\_\_\_\_

Solicito que me lo entreguen por medio de (elijá una):

- Correo regular  
 Correo electrónico seguro  
 Enviado por fax a: \_\_\_\_\_  
 Estén listos para ser recogidos en: \_\_\_\_\_  
 Compartir mi información de salud de forma verbal

Como una alternativa, puede programar una cita en el consultorio de su proveedor de cuidados de salud para ver su historial en persona. Por favor tenga en cuenta que se puede demorar hasta 30 días para programar la cita o proporcionar las copias.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario en nombre del paciente. (Puede que se solicite prueba escrita)

Nota: Si es un menor de edad y dio su consentimiento a un médico autorizado para su tratamiento por embarazo, enfermedad de transmisión sexual, salud mental/conductual ambulatoria o tratamiento ambulatorio de sustancias controladas o alcohol sin el consentimiento de los padres, el menor de edad debe firmar esta autorización. Cuando un paciente es menor de edad que está siendo tratado por un trastorno de uso de sustancias y el padre o tutor dio su consentimiento para dicho tratamiento, tanto el menor como el padre/la madre o tutor deben firmar esta autorización.

Firma del Menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega/envió del historial del paciente \_\_\_\_\_ vía:  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_  ID verificada  Licencia de conducir/otra identificación (ID)

Atrium Health Teammate Name & Department \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ # of Pages \_\_\_\_\_

Rev. agosto 2021



