

## Solicitud del paciente para acceder a la copia de la historia clínica

¿Sabía que puede visualizar la mayor parte de su historia clínica en línea a través de MyAtriumHealth? Visite [www.atriumhealth.org](http://www.atriumhealth.org) y haga click en [MyAtriumHealth](#). Si desea tener una copia de su historia clínica por favor complete el siguiente formulario

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted entiende y acepta los riesgos detallados en las Pautas para el Correo con los Pacientes, publicadas en [carolinashealthcare.org](http://carolinashealthcare.org).

Me gustaría que \_\_\_\_\_ a (elijá uno):

(indique nombre de consultorio o práctica)

- me otorgara una copia de mi información de salud  
 me envíe una copia de mi historia clínica O comparta mi información de salud con:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Establecimiento, Persona, Compañía) (Domicilio o Casilla de Correos, Ciudad, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Número telefónico) (Número de fax)

\_\_\_\_\_  
(Correo electrónico)

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

Las partes de mi expediente que se muestran a continuación quiero que se envíen/compartan:

<b>Establecimiento (tilde todas las opciones que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen del Establecimiento (incluye ítems en <b>negrita</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Resumen del Alta</b> <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> <b>Historial de Emergencia</b> <input type="checkbox"/> <b>Historia y Físico</b> <input type="checkbox"/> <b>Reportes Operativos</b> <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> <b>Radiología/Informes de rayos X</b> <input type="checkbox"/> Notas de la terapia <input type="checkbox"/> Otra _____  <input type="checkbox"/> Historia completa <input type="checkbox"/> Factura Detallada	<b>Oficina/Clínica/Cuidados del hogar (marque todos los que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de oficinas/clínicas (incluye los artículos en <b>negrita</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Visitas a oficinas y hogares</b> <input type="checkbox"/> <b>Examen físico</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de laboratorio</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Radiología</b> <input type="checkbox"/> Notas de la terapia <input type="checkbox"/> Otra _____  <input type="checkbox"/> Todo el registro <input type="checkbox"/> Factura Detallada
--	--

Quiero estos registros como un (elige uno):

- CD**  
 **E-mail**  
 **Copia en papel**  
 **Otra:** \_\_\_\_\_

Quiero que usted (elijá uno):

- los envíe por**  
 **Los envíe por correo electrónico seguro**  
 **que los manden por fax a:** \_\_\_\_\_  
 **Prepárelos para ser recogidos por:** \_\_\_\_\_  
 **Compartir mi información de salud de manera verbal**

Como alternativa, puede programar una cita con el consultorio de HealthCare con el fin de ver su expediente en persona. Por favor, tenga en cuenta que puede tardar hasta 30 días en programar la cita o proporcionar copias.

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar esto por el paciente. (Se puede solicitar una prueba escrita.)

Fecha de los registros dados/enviados al paciente: \_\_\_\_\_ via  Mail  Fax  Otros \_\_\_\_\_  ID Verificado  DL/OtrosID \_\_\_\_\_  
Compañero de equipo & Departamento de Atrium Health \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ # de Páginas \_\_\_\_\_



Atrium Health

Solicitud del paciente para acceder a la copia de la historia clínica