

SOLICITUD DE ACCESO/COPIA DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

¿Sabía que puede ver la mayor parte de su historial médico en línea a través de MyAtriumHealth? Visite www.atriumhealth.org y seleccione [MyAtriumHealth](#). Si desea una copia de su historial médico, responda el formulario siguiente.

Soy paciente de Atrium Health y mis datos son los siguientes:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Con el hecho de haber proporcionado su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en [las directrices para las comunicaciones electrónicas](#), publicadas en atriumhealth.org.

Deseo que _____ haga lo siguiente
(elija una opción): _____ (nombre del centro o del consultorio médico)

me dé una copia de mi información médica

me envíe una copia de mi historial médico O comparte mi información médica con:

(Nombre del centro, persona, empresa) (Dirección postal o apartado postal (PO Box), ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

(Número de fax)

(Dirección de correo electrónico)

Deseo que se envíen/compartan estas fechas de servicio: _____

Quiero que se envíen/compartan las partes de mi historial médico marcadas a continuación: * * *

Historial médico (marque todas las opciones que correspondan):

- Resumen del centro (incluye las opciones en **negrita**)
- Resumen de alta** Historial médico completo
- Historial y registro físico** (No incluye facturación o imágenes)
- Informes de consultas**
- Visitas en consultorio/domicilio** Otro: _____
- Registros de emergencias**
- Informes operativos**
- Informes de laboratorio**
- Informes de patología**
- Informes de radiología/rayos X**
- Vacunas**
- Notas de terapia (ocupacional/física/del habla)
- Informes de estudio del sueño

Imagen médica (debe ser un formato CD):

- Imágenes de radiología
- Imágenes de cardiología (eco., lab. cate.)
- Imágenes de neurología (EEG)
- Ultrasonido obstétrico/ginecológico
- Otras imágenes: _____

Facturación:

- Factura(s) desglosada(s)
- Formulario UB04
- Formulario CMS 1500
- Otra facturación: _____

Quiero mi historial médico en este formato

(elija uno):

- CD
- Correo electrónico
- Copia en papel
- Otro: _____

Quiero que usted (elija una opción):

- Los envíe por correo postal
- Los envíe por correo electrónico seguro
- Los envíe por fax a: _____
- Los prepare para que los recojan en: _____
- Comparta mi información médica verbalmente

Otra opción es programar una cita con el consultorio de su proveedor de atención médica para ver su historial médico en persona. Tenga en cuenta que se pueden necesitar hasta 30 días para programar la cita o entregar copias.

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información sobre pruebas genéticas, servicios genéticos e historial médico familiar, discapacidades de salud mental o de desarrollo, trastorno por uso de sustancias, resultados de pruebas del VIH y sida o enfermedades relacionadas con el sida.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Observación: Si el paciente no tiene capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar el documento por el paciente. (Se puede solicitar prueba escrita).

Observación: Si una persona menor de edad da su consentimiento a un médico con licencia para su tratamiento de embarazo, enfermedades de transmisión sexual, salud mental /conductual ambulatoria, tratamiento ambulatorio de sustancias controladas o alcohol sin el consentimiento de los padres, la persona menor de edad debe firmar esta autorización. Si el paciente es una persona menor en tratamiento por consumo de sustancias y el padre/madre o tutor dio su consentimiento para dicho tratamiento, tanto la persona menor como el padre/madre o tutor deben firmar esta autorización.

Firma de la persona menor: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Fecha de entrega/envío del historial médico al paciente: ___por Correo postal Fax Otro _____ ID verificada Licencia para conducir/otra ID _____

Nombre y departamento del integrante del equipo de Atrium Health _____ Fecha: _____ Número de páginas _____

Revisado julio de 2024



Solicitud de acceso/copia de historial médico del paciente

Página 1 de 1

Place Patient Label Here