

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 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

Me gustaría que _____ (elija uno):
(Indique el nombre de la instalación o consultorio)

me entregue una copia de mi información de salud

envíe 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 envíe/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 negrilla)	<input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología	<input type="checkbox"/> Factura(s) detallada(s)
<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Imágenes de Cardiología (Eco, Laboratorio de Cateterismo)	<input type="checkbox"/> Formulario UB04
<input type="checkbox"/> Historial y Físico	<input type="checkbox"/> Imágenes de Neurología (EEG)	<input type="checkbox"/> Formulario CMS 1500
<input type="checkbox"/> Informes de Consultas	<input type="checkbox"/> Ultrasonido de Obstetricia y Ginecología	<input type="checkbox"/> Otras Facturas: _____
<input type="checkbox"/> Visitas al Consultorio/Domicilio	<input type="checkbox"/> Otras imágenes: _____	
<input type="checkbox"/> Registros de Emergencias		
<input type="checkbox"/> Informes Operativo		
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio		
<input type="checkbox"/> Informes de Patología		
<input type="checkbox"/> Informes de Radiología/Rayos X		
<input type="checkbox"/> Inmunizaciones		
<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 (elija una):

CD

Correo Electrónico

Copia en papel

Otro _____

Solicito que me lo entreguen por medio de (elija 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/envío 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

