

**Solicitud de acceso a expedientes médicos**

*Por favor, envíe por fax la solicitud completa a Washington Regional Medical Records a 479.463.1239*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de su Seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio/Celular/Trabajo

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

**Por favor señale los expedientes que quiere obtener:**

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informes de anatomopatología	<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Registros de urgencias	<input type="checkbox"/> Facturación
<input type="checkbox"/> Otro, Por favor especifique: _____		

**Fechas de servicio:** Todas las fechas de servicio  
 Fechas de servicio - Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_**Entrega de expedientes:**

Deseo que me entreguen una copia de mis expedientes por el siguiente método:

 Recogida en persona <SOLO DISCO, SE ENVIARÁN LOS EXPEDIENTES IMPRESOS POR CORREO O EMAIL> Enviar a \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona a quién van dirigidos los expedientes

Dirección Ciudad Estado Código postal

 Enviar por fax a \_\_\_\_\_ Enviar por correo electrónico seguro a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

---

Comprendo que puedo tener acceso a estos expedientes y que, donde sea fácilmente producible, la información me será proporcionada en la forma y el formato de mi solicitud. Comprendo que mi solicitud debe hacerse por escrito y que puede ser negada en ciertas circunstancias limitadas.

Comprendo que mi solicitud será entregada dentro de 30 días a no ser que me den una notificación por escrito informándome que se necesita una extensión de hasta 30 días más.

Comprendo que Washington Regional Medical Center no puede ser responsable por la seguridad de mis expedientes una vez que me los entreguen según mis indicaciones.

Comprendo que no se debe enviar la información de salud personal vía correo electrónico en un archivo sin encriptar y que, aunque es mi derecho hacer tal solicitud, comprendo que Washington Regional Medical Center sugiere fuertemente que yo elija un método de entrega alternativo.

Entiendo que no se me cobrará por esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted actúa como representante legalmente autorizado del Paciente, por favor complete la sección abajo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la Paciente  
(padre, tutor legal, etc.)

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha