



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento.:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	CP:
Correo electrónico:		#Teléfono Principal:
¿QUIÉN QUIERE QUE RECIBA SU INFORMACIÓN?		
Compartir mis registros con: <input type="checkbox"/> Conmigo mismo/a en mi información anterior <input type="checkbox"/> La persona o entidad que se indica a continuación		
Nombre de quien recibe:		Dirección de quien recibe:
Ciudad de quien recibe:	Estado de quien recibe:	CP de quien recibe:
Correo electrónico de quien recibe:		
¿QUÉ INFORMACIÓN QUIERE COMPARTIR?		
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Registros de inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa):
<input type="checkbox"/> Notas de la clínica	<input type="checkbox"/> Informes de imágenes	
<input type="checkbox"/> Notas de la consulta	<input type="checkbox"/> Imágenes (solo CD)	
<input type="checkbox"/> Resúmenes de alta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	
<input type="checkbox"/> Registros de sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Informes operativos	
<input type="checkbox"/> Historial y reporte de consulta médica	<input type="checkbox"/> Informes de patología	
Si NO desea que se comparta cierta información, descríbala aquí:		
Periodo de tiempo de la información: <input type="checkbox"/> Desde: Hasta:		
¿CÓMO QUIERE QUE SE LE COMPARTA LA INFORMACIÓN?		
Por favor envíe mi información a través de: <input type="checkbox"/> Correo (papel) <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> MyChart* <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):		
FIRMA:		
<i>Se requiere la firma del paciente. Si el/la paciente es menor de edad o no puede firmar la autorización, un representante personal puede firmar a nombre del paciente. Es posible que se requiera documentación legal que demuestre la autoridad del representante personal. Los ejemplos de documentación aceptable incluyen: Poder notarial para atención médica, Certificado de defunción u Orden judicial. La documentación de respaldo se puede enviar al Departamento de Administración de Información de Salud de SHS a la información de contacto a continuación..</i>		
Firma del paciente:		Fecha:
Firma del representante personal: <i>(Si firma en nombre del paciente)</i>		Fecha:
Nombre del representante:		Relación con el / la paciente:
DEVOLVER FORMULARIO LLENO A:		
Envíe la solicitud completa a: Dirección postal: Servicios de Salud Samaritan Administración de Información de Salud PO Box 2728 Corvallis, OR 97339 Fax: 541-768-9363 Correo electrónico: SHSHIMROI@samhealth.org		
¿Preguntas?		
Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al Departamento de Administración de Información de Salud al 541-768-5069, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m.		

* Nota: Es posible que parte de la información no se pueda enviar a MyChart. Si ese es el caso, nos comunicaremos con usted para encontrar otra forma de obtener sus registros.