



3425 S. Clarkson St.
Englewood, CO 80113
303-789-8232

**Formulario de solicitud del paciente
para tener acceso al expediente médico**

Nombre completo del paciente:				
Dirección de correo electrónico:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Teléfono:		Fecha de nacimiento:		
Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social:	Número de licencia de conducir o identificación emitida por el estado:			

Solicito acceso a/copias de lo siguiente: <input type="checkbox"/> Expediente médico <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en CD <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Ver registros únicamente	Quiero recibir mis documentos como se indica a continuación: <input type="checkbox"/> Por correo a la dirección anterior <input type="checkbox"/> Enviar por correo electrónico cifrado <input type="checkbox"/> Enviar por correo electrónico no cifrado o no seguro <input type="checkbox"/> Enviar por fax a: _____ <input type="checkbox"/> Recogerlos en persona	<input type="checkbox"/> USB cifrada <input type="checkbox"/> CD cifrado <input type="checkbox"/> Impresos
	<input type="checkbox"/> Enviar a un tercero: (Seleccione un método)	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Fecha(s) del servicio o tratamiento asociado con la solicitud:			
Describa la información de la que solicita ver u obtener copias:	<input type="checkbox"/> Toda la historia clínica <input type="checkbox"/> Análisis clínicos <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Conferencias con el equipo <input type="checkbox"/> FT / TO / TH Evaluaciones inicial/alta (encierre en un círculo)	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen del paciente <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Historial de paciente ambulatorio

Certifico que esta solicitud de acceso a información médica se presenta de manera voluntaria y que la información proporcionada anteriormente es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o de su *representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta/Parentesco: _____ Fecha: _____

*Nota: Si es representante legal del paciente, proporcione una copia de la documentación que lo establece como representante legal.

Para uso exclusivo de Craig Hospital	Persona que recibió la solicitud: _____	Fecha en que se recibió la solicitud: _____
Verificación de la identidad: _____		
Núm. ROI: _____	Núm. de historia clínica: _____	
Fecha de cumplimiento (copias entregadas/inspección completa): _____	Persona que dio cumplimiento: _____	
<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por correo electrónico	Núm. de páginas: _____	<input type="checkbox"/> CD Radiología Cant.: _____
Reconocimiento por parte del paciente de que realizó la inspección (sólo para ver): _____	Fecha: _____	