



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

**Formulario de solicitud
del paciente para tener
acceso a su historia clínica**

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

1. Solicito acceso a/copias de lo siguiente: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en CD <input type="checkbox"/> Otro:	2. Quiero recibir mis documentos como se indica a continuación: <input type="checkbox"/> Enviar por correo a la dirección antedicha <input type="checkbox"/> *Enviar por correo electrónico cifrado <input type="checkbox"/> *Enviar por correo electrónico no cifrado o no seguro <input type="checkbox"/> Recogerlos en persona <input type="checkbox"/> Enviar por fax a: _____ <small>*Aplican limitaciones de tamaño. Si es demasiado grande para enviar por correo electrónico, se enviará por correo postal una unidad USB.</small>	3. Elija una opción para la historia clínica: <input type="checkbox"/> USB cifrado <input type="checkbox"/> CD cifrado <input type="checkbox"/> Copia impresa
--	--	--

<input type="checkbox"/> Enviar al médico, hospital u otro:	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
---	--

Fecha(s) del servicio/ tratamiento asociado con la solicitud:			
Seleccione la información que solicita ver o de la que desea 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"/> Historial y examen físico <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Conferencias con el equipo <input type="checkbox"/> Evaluaciones inicial y de alta de FT / TO / TH	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <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.

<i>Craig Hospital Use Only:</i>	Individual Who Received Request: _____	Date Request Received: _____
Verification of Identity: _____		
ROI #: _____ Medical Record #: _____		
Date Fulfilled (copies delivered/inspection complete): _____		Individual Who Fulfilled: _____
<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Faxed
<input type="checkbox"/> Mailed	<input type="checkbox"/> Emailed	<input type="checkbox"/> For Pick-up
# of Pages _____		<input type="checkbox"/> Radiology CD Qty: _____
Patient Acknowledgement of Inspection (viewing only): _____		Date: _____