



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

Formulario de solicitud del paciente para acceder a historiales médicos

MRN:

Release ID:

Nombre legal del paciente:					
Dirección de la calle:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Correo electrónico:					
Número de Teléfono:		Fecha de nacimiento:			
Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social:		Numero de licencia de conducir u otra identificación válida:			

1. Solicito acceso o copias de lo siguiente: ☐ Registros médicos ☐ Imágenes de radiología ☐ Otro: _____	2. Me gustaría recibir mis historiales médicos de la siguiente manera: ☐ *Correo postal ☐ Enlace de OneDrive enviado por correo electrónico ☐ *Recogida en persona ☐ Fax ☐ Imágenes de radiología (selecciona una) 1. Enlace de imagen por correo electrónico ☐ USB *Las copias en papel o USB dependerán del volumen.	3. Propósito de la solicitud de registros médicos: ☐ Uso personal ☐ Continuación de atención (médico primario, hospital, etc.) ☐ Reclamo de seguro ☐ Abogado
☐ Enviar a (médico, hospital, aseguradora, abogado, etc.)	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:		

Fechas de servicio/tratamiento solicitadas:	_____ to _____ MM/DD/AA MM/DD/AA		
Selecciona la información que solicitas:	☐ Laboratorios ☐ Urología ☐ Psicología ☐ Otro: _____	☐ Historia clínica y examen físico ☐ Informes de radiología ☐ Reuniones de equipo ☐ Evaluaciones iniciales y de alta de PT/OT/ST	☐ Resumen de alta ☐ Registros ambulatorios ☐ Registro completo

Certifico que esta solicitud para acceder a la información médica se realiza voluntariamente y que, según mi conocimiento, la información anterior es precisa.

Firma del paciente/*representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre/Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

*Nota: Si firmas como representante legal, deberás adjuntar documentación que acredite tu autoridad legal.