

Solicitud para acceder a los registros médicos

Información de la persona a la que servimos

Por favor, complete la siguiente información sobre la persona cuyo historial médico se solicita.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____
 # ID WellPower _____ Fecha de nacimiento: _____ (mm/dd/aaaa)

Tipo de solicitud

Por favor, seleccione el tipo de acceso que solicita.
 Pueden aplicarse tasas.

- Copia electrónica: correo electrónico seguro (*sólo en formato PDF)
- Copia electrónica: CD (*sólo PDF)
- Copia electrónica: Jump Drive (*sólo PDF)
- Copia impresa en papel
- Copia impresa en papel: certificada por notario
- Visualización: Un representante de HISM se pondrá en contacto con usted para programar.

Recibo

Por favor, seleccione cómo desea recibir sus copias.
 Déjelo en blanco si no es aplicable.

- Correo postal
- Recoger
- Correo electrónico (*sólo para PDF)

Información sobre el tratamiento

(OPCIONAL) Por favor, seleccione el período de tiempo y/o programa(s) de los registros médicos a los que solicita acceso.

Fechas de servicio: Desde: _____ Programa(s): _____
 Hasta: _____

Información solicitada

Por favor, seleccione a qué partes del historial médico solicita acceso.

- Cuadro clínico completo
- Lista de medicamentos
- Resultados de laboratorio
- Información sobre el diagnóstico
- Otros: _____
- Prueba farmacogenómica
- Resúmenes de alta
- Evaluación de ingreso(s)
- Evaluación (Neuro)psicológica
- Notas del servicio residencial
- Resúmenes de gestión de casos
- Resúmenes de psiquiatría/médicos
- Resúmenes de intervención de crisis
- Resúmenes del avance de la psicoterapia

Información de la persona que solicita el acceso

Si está solicitando acceso a los registros médicos en nombre de la persona que recibe los servicios, por favor, rellene su información a continuación. Deje en blanco si no corresponde.

NOTA: Se debe proporcionar la documentación de apoyo que acredite su autoridad legal para acceder a estos registros médicos, si no está ya archivada.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____
 Organización: _____ Relación: _____

Información de contacto

Dirección: _____ Ciudad, Estado _____ Código postal: _____
 Email: _____ Teléfono: _____

 Firma del solicitante

 Fecha de la firma