

## 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