

Solicitud de información médica del paciente

Complete todas las secciones para evitar demoras

1. Información del Paciente:

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al anterior)			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono	Correo electrónico (opcional)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

2. ¿De qué hospital/clínica/médico de SCL Health desea sus expedientes médicos? (marque los casilleros apropiados a continuación)

- Lutheran Medical Center Good Samaritan Medical Center St. Mary's Medical Center St. James Healthcare
 St. Joseph Hospital Platte Valley Medical Center St. Vincent Healthcare Holy Rosary Healthcare
 Clínica/médico, especifique: _____

3. ¿Qué expedientes médicos desea?

Fecha(s) del servicio: _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

- Registros de facturación Visita clínica Informe de emergencia
 Expedientes médicos operatorios o de procedimientos Resumen de la descarga
 Resultados de pruebas (radiografías, resultados de laboratorio/patología), especifique: _____
 Otros (registros de vacunación, listas de medicamentos), especifique: _____

4. ¿Cómo desea que se entreguen sus expedientes médicos?

- En papel – Por correo En papel – Retíralos personalmente
 Electrónicamente (correo electrónico, USB, CD, portal, otros), especifique: _____

5. ¿Dónde desea que se envíen sus expedientes médicos? (complete los casilleros a continuación)

SCL Health debe proporcionar mis expedientes médicos a:

- Mí mismo Representante personal (indicado a continuación) Otro tercero designado

Nombre del receptor	Teléfono del receptor Fax del receptor
Dirección postal del receptor	Correo electrónico del receptor (si corresponde)

6. Escriba su nombre en imprenta y firme abajo:

Nombre del paciente o representante personal (en imprenta)	Relación con el paciente
Firma del paciente o del representante personal	Fecha/Hora

7. Envíe el formulario completo a:

Centralized Release of Information SCL Health 15755 E 32nd Avenue, Suite 1A Aurora, CO 80011	Correo electrónico: peaks_croi@imail.org Teléfono: 303-467-4046 Fax: 303-467-8966 ¿Preguntas?
---	--

SCL Health reconoce el derecho del paciente de acuerdo a la ley HIPAA de acceder a copias de su información médica. Puede haber cargos asociados al procesamiento de la solicitud y la producción de los expedientes médicos solicitados.



PATIENT INFORMATION

Place label here.
Scanning does NOT work if label is
outside this guide.

Patient Request for Health Information (Spanish)

A-MR-4001-1122