



### Solicitud de historia clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

En mi calidad de paciente o representante personal del paciente, solicito una copia de la historia clínica que Baptist Health tiene en su poder.

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio solicitado: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Resumen de la historia clínica
- \_\_\_\_\_ Historia clínica completa
- \_\_\_\_\_ Registro de la Sala de Urgencias
- \_\_\_\_\_ Radiología
- \_\_\_\_\_ Laboratorio
- \_\_\_\_\_ Informe operativo o de Patología
- \_\_\_\_\_ Registros de vacunas
- \_\_\_\_\_ Otra información: \_\_\_\_\_

¿La solicitud incluye una visita virtual?  
Sí                      No

Enviar a:        \_\_\_\_\_ Paciente                      \_\_\_\_\_ Otros (Proporcione nombre y dirección)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que la historia clínica puede incluir información relacionada con la atención de salud mental, enfermedades contagiosas y tratamiento de alcohol o consumo de drogas. AVISO: Una vez que su información de salud protegida se haya divulgado de acuerdo con esta solicitud, es posible que se vuelva a divulgar a personas u organizaciones que no están sujetas a los reglamentos de la ley HIPAA.

Solicito que la historia clínica se entregue en el siguiente formato:

\_\_ papel \_\_ CD        \_\_ portal seguro \_\_ correo electrónico inseguro \_\_ fax (N.º \_\_\_\_\_)

Entiendo que, si solicito que el registro se entregue por correo electrónico, asumo los siguientes riesgos posibles: que otra persona pueda obtener la información, otra persona pueda abrir y leer la información o que la información no encriptada no proporcione ninguna garantía de privacidad o seguridad

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante legal, si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha