

# Lovelace

Health System

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)	
Nombre del paciente	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código postal	
Fecha de nacimiento	/ / N° de teléfono:

### ¿CUÁLES EXPEDIENTES QUIERE?

Entiendo que esta información pudiera incluir datos referentes al: SIDA; VIH; diagnóstico/tratamiento del abuso de drogas o bebidas alcohólicas; salud mental o conductual o atención psiquiátrica

- |   |   |   |                               |
|---|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen (notas del médico, expediente de la sala de emergencias, resultados de las pruebas, operaciones) | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio              |   |                               |
| <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta  | <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Historial/Chequeo físico   | <input type="checkbox"/> Expediente(s) de operaciones         | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |                               |

Fecha(s) de la prestación de servicios:

### ¿CÓMO QUIERE QUE SE LE ENTREGUEN LOS EXPEDIENTES?

- |                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papel: | <input type="checkbox"/> Pasaré a buscarlos en persona | <input type="checkbox"/> Envíelos a mi domicilio (la dirección se indica a continuación) |
| <input type="checkbox"/> CD:    | <input type="checkbox"/> Pasaré a buscarlos en persona | <input type="checkbox"/> Envíelos a mi domicilio (la dirección se indica a continuación) |

Correo electrónico: Quiero que me envíen mi copia electrónicamente por correo electrónico a esta dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
**ADVERTENCIA: Entiendo que hay un nivel de riesgo de que un tercero lea u obtenga acceso de otro modo a mi información de salud protegida en tránsito y acepto recibir dicha información por correo electrónico, sin encriptar, a la dirección de correo electrónico que se indica más arriba. Mi firma indica que entiendo y acepto el riesgo.**

\_\_\_\_\_ (Firma del paciente)

Otro:

### ¿A DÓNDE QUIERE QUE LE ENVIEMOS LOS EXPEDIENTES?

Lovelace deberá aportar mis expedientes a:  Mí  Mi representante personal (cuyo nombre se indica a continuación):

Nombre del destinatario	N° de teléfono del destinatario	
Domicilio del destinatario (número y calle)	Ciudad, estado, código postal del destinatario	Fax o correo electrónico del destinatario (si corresponde)

Lovelace reconoce el derecho del paciente, conforme a la ley HIPAA, para obtener acceso a copias de su información de salud. A lo mejor le cobren tarifas por procesar la solicitud y producir los expedientes que se solicitan.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o tutor legal en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación o parentesco con el paciente, si no es usted mismo (adjunte los documentos legales debidos)

**Favor de devolver el formulario relleno a:** HIM Department  
4101 Indian School Rd NE, Suite 110  
Albuquerque, New Mexico 87110

Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario, favor de llamar al #505-727-8195

**Para uso del personal del hospital:**

N° de cuenta/EM: \_\_\_\_\_ Se verificó la identificación: \_\_\_\_\_  
Lo procesó: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ por medio de \_\_\_\_\_