

Solicitud de paciente para acceder a los registros

Para el paciente o un tercero designado

Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de hoy _____

Teléfono del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Últimos 4 dígitos del n.º del Seguro Social _____ Número de registro médico _____

Presento una solicitud a Health First: para mí: para que se envíe a un tercero (especificar dirección a continuación):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Comprendo que mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y sobre tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Información solicitada (se pueden aplicar cargos) (marque todas las opciones que correspondan)

Fechas de tratamiento que se solicitan _____

Registros hospitalarios/ambulatorios

- Health First's Cape Canaveral Hospital Health First's Holmes Regional Medical Center
 Health First's Palm Bay Hospital Health First's Viera Hospital MSDS MGIC _____
 Resumen Cardiología Resultados de análisis (laboratorio)
 Registro completo Registro del Departamento de Emergencias Notas de progreso
 Radiología, informes de radiografías Antecedentes y exámenes físicos Pedidos médicos
 Imágenes, películas Resumen de alta Informe operativo/de procedimiento
 Otro _____

Registros de Health First Medical Group/la clínica

Nombres de los proveedores _____

- Visita al consultorio Informe de laboratorio Examen físico Informe de procedimiento
 Informe de radiología Registro completo Otro _____

¿Cómo prefiere que se entreguen los registros?

Copia impresa: Correo Fax Para retiro de la persona designada, nombre _____
(Se exige identificación con fotografía para el retiro)

Copia electrónica: CD Correo electrónico (seguro)*: _____

* El correo electrónico no es un medio de comunicación seguro. Reconozco que, si elijo recibir mis registros a través de medios electrónicos, la información será cifrada. Si una única transmisión no es suficiente para el tamaño del archivo, los registros se enviarán por correo.

Firma del paciente/del representante legal _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del representante legal _____ Relación con el paciente _____

Centros principales del Departamento de Administración de Información Médica:

Health First's Holmes Regional Medical Center

1350 S. Hickory St., Melbourne, FL 32901

Teléfono 321.434.3288 | Fax 321.434.5027

Health First Medical Group (HFMG)

730 Malabar Road., Malabar, FL 32950

Teléfono 321.549.0695 | Fax 321.724.8069

PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVO:

Solicitud verificada y procesada por: Identificación univers _____ Fecha _____

La solicitud de acceso/divulgación se otorgó se otorgó parcialmente se denegó

Forma de identificación que se presenta para la verificación: Licencia de conducir Identificación del gobierno
 Otra (especificar _____)