



CHILDREN'S HEALTH

Dallas-1935 Medical District Drive
Dallas, Texas 75235
Fax: (214)456-6170

Plano - 7601 Preston Road
Plano, Texas 75024
Fax: (469) 303-4084

Primer nombre: _____ Inicial del segundo: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

ROIF
CMC79772-001NS Rev. 10/2017

Solicitud de acceso del paciente a información de la salud

Soy el paciente o el representante legal autorizado del paciente (por ejemplo padre, tutor legal) y estoy solicitando y autorizando a Children's Health que divulgue la información de la salud del paciente nombrado arriba de acuerdo a lo siguiente:

Fecha de atención desde el: _____ / _____ / _____ hasta el _____ / _____ / _____

¿Cuáles datos desea? (Ponga palomitas en las cajas adecuadas):

- Expediente de hospitalización
- Notas de consulta en Urgencias
- Notas de procedimiento u operación
- Reportes de exámenes: Sangre, rayos-X, patología, EKG, EEG, EEG, CT
- Notas de clínica o médico _____
- Otros (aclare): _____
- Vacunación / Cartilla de vacunación
- Imágenes radiológicas en CD
- Estado de cuenta
- Fotografías

De inmediato Tengo cita programada el: _____

* Estos documentos se entregarán a tiempo para la consulta.

¿Por cuál vía le entregamos los documentos?

Electrónica (Email, CD, USB, Portal, Otra) Por favor aclare: _____

Le enviaremos la comunicación encriptada por correo electrónico, ya que esta no es una forma segura de comunicación. Si prefiere comunicación de información del expediente médico no encriptada, firme con sus iniciales aquí: _____

- En papel
 - Entrega en persona / Núm. de tel.: _____
 - Por correo

¿A dónde quiere que enviemos el correo o fax?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / C.P.: _____

Núm. de tel.: _____

Núm. de fax: _____

Firma de paciente o representante legal autorizado Fecha Hora

Nombre completo en letra de molde de paciente o representante legal autorizado Parentesco con el paciente