

Solicitud de información médica del paciente

Información del paciente (en letra de molde)

Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al de arriba):					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono de la casa:		Teléfono celular (opcional):	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

¿Qué expedientes quiere? (Marque las casillas correspondientes abajo):

Fechas de servicio: ___ / ___ / ___ hasta ___ / ___ / ___ Lugar (nombre del centro/consultorio del médico): _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información pertinente (incluye notas del médico y resultados de diagnóstico) | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (excluye notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique abajo) | <input type="checkbox"/> Informes operativos |

Especifique: _____

INTEGRIS Health debe dar mis expedientes a: Mí mismo Persona/organización especificada abajo

Nombre del destinatario:	Teléfono del destinatario:
Dirección postal del destinatario:	Fax del destinatario (solo para atención al paciente):

¿En qué formato preferiría sus expedientes?

- Papel CD Disco de radiología (para imágenes) Portal (debe elegir el portal como método de entrega)

¿Cómo prefiere que le entreguen sus expedientes? (elija la primera y segunda preferencia)

Primera preferencia	Segunda preferencia
<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal (https://www.integrisandme.com) <input type="checkbox"/> Recogida en persona: Lugar de recogida: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico (sujeto a limitaciones de tamaño de archivo): _____	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal (https://www.integrisandme.com) <input type="checkbox"/> Recogida en persona: Lugar de recogida: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico (sujeto a limitaciones de tamaño de archivo): _____

Escriba su nombre en letra de molde y firme abajo:

Nombre del paciente o representante personal (en letra de molde)	Relación (en letra de molde)
Firma del paciente o representante personal	Fecha/hora

Devuelva el formulario completo a:

INTEGRIS HIM Department 3433 NW 56 th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112	Fax: (405) 552-8704 Correo electrónico: HealthInfoManagement@integrishealth.org ¿Tiene alguna pregunta? (877) 778-7211
--	---

Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de expedientes solicitados de conformidad con 45 CFR164.524(c)(4)

Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible o no transmisible que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o VIH o sida o puede indicar que recibo o he recibido tratamiento por condiciones psicológicas o psiquiátricas o consumo de sustancias.

NS-0322 HIM ROI Authorization



Rev 08/20, 03/22, 2/24