

Formulario de solicitud del paciente para acceder a expedientes médicos

Nombre de la instalación / Entrada: **St Vincent General Hospital District / St. Vincent Family Health Center**

***SVH tiene 10 días hábiles para completar esta solicitud**

Nombre completo del paciente:				
Correo electrónico:				
Dirección física:				
Ciudad:		Estado:		Código postal:
Número telefónico:		Fecha de nacimiento:		
Últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:		Licencia de conducir/Estado-número de identificación emitido		

Estoy solicitando acceso a (marque uno): SOLAMENTE ver los expedientes Obtener copias de los expedientes

Complete la siguiente información:

Fecha(s) del servicio asociado con la solicitud (ej. fecha del tratamiento, fecha de la consulta médica):	Rango de fechas: _____ - _____		
Si está solicitando copias, describa la razón de la solicitud:	Atención médica adicional	Compensación laboral	Uso personal
	Seguro	Legal	
	Otra: _____		
Describa la información que está solicitando para ver u obtener copias de:	Resumen del alta/interrupción	Laboratorio	Radiología
	Reporte de osteoporosis	Antecedentes médicos & Examen físico	Expediente de sala de urgencias
	Ordenes médicas	Notas de progreso	Estudios específicos
	Expediente médico completo	Otra: _____	

Certifico que esta solicitud para acceder la información médica se efectúa voluntariamente y que la información dada es exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que St. Vincent General Hospital (SVGH) puede no concederme acceso a ciertos tipos de información médica y no podré acceder a la información perteneciente a menores entre las edades de 13-17 años para asegurar el cumplimiento de los requerimientos legales respecto al acceso de los expedientes médicos. Entiendo que si necesito obtener copias impresas puede haber un cargo asociado con dichas copias.

Firma del paciente / Representante legal: _____ Fecha/Hora: _____/_____/_____

Si es el Representante legal, nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el paciente: _____

Solicitud recibida por: _	Fecha de recepción: _
Número de expediente médico _____	Verificación de identidad (Licencia de conducir número / otro número de identificación): _
Solicitud aprobada el (Fecha: ___/___/___)	Solicitud denegada el (Fecha: ___/___/___)
Fecha de solicitud: ___/___/___	Completado por: _____
Motivo de la negación: _____	

APROBACIÓN MÉDICA PARA EL EXPEDIENTE PSIQUIÁTRICO: Soy el médico tratante del paciente mencionado anteriormente. He revisado el expediente(s) médico(s) para determinar si contiene información acerca de problemas psicológicos o psiquiátricos, los cuales, si son revelados al paciente es posible que pongan en riesgo la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona.

Estas partes del(os) expediente(s) médico(s): Pueden ser divulgadas al paciente

NO pueden ser divulgadas al paciente

Firma del médico o Designado: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del médico en letra de molde: _____