



## Instrucciones para Completar la Solicitud del Paciente para el Formulario de Acceso

Para solicitar información de salud para usted o su proveedor de atención médica, por favor envíe su Solicitud del Paciente para el Formulario de Acceso completada siguiendo las instrucciones que se indican a continuación:

Los Pacientes/Representantes tienen que leer con cuidado y llenar todas las secciones antes de firmar y poner la fecha para que el formulario sea válido y completo.

### 1. Información del Paciente:

Por favor complete toda la información del paciente que se muestra (Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Dirección de correo electrónico y Teléfono). Usted puede dar los 4 últimos dígitos del número de seguro social del paciente.

### 2. Me gustaría:

Asignar qué hospital, residencia de ancianos, oficina de médicos o de otro(s) centro(s) de salud entregan (copiar y enviar) los registros médicos.

### 3. Enviar mis registros a:

Anote el nombre, dirección, número de fax y número de teléfono del médico o persona a la que desea que los registros sean enviados.

### 4. Registros a entregar:

- A. Por favor, indique las **fechas de servicio** de los registros que quiera entregar. (Fechas que el paciente estaba en el hospital o centro de ancianos o visto en el consultorio del médico o la clínica).
- B. Por favor, sea específico en cuanto a qué parte se solicita de la historia clínica.
- C. Seleccione el formato en el que prefiere recibir la información, en papel o electrónico.
- D. Seleccione el método de entrega para recibir los registros.

### 5. Autorice:

Por favor escriba su nombre, firme y feche el formulario para confirmar la entrega de información médica solicitada. Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante autorizado puede firmar por el paciente. (Atención: se puede solicitar una prueba escrita).

**Por favor, tenga presente que se puede cobrar una tarifa por la copia de los registros.**

### 6. Obteniendo su registro médico:

- A. Para acceder a los registros médicos, puede enviar el formulario completo de varias maneras: por correo electrónico: [Medicalrecordsroimacon@atriumhealth.org](mailto:Medicalrecordsroimacon@atriumhealth.org), por fax: 478-633-7818 o por correo postal: 777 Hemlock St., MSC#148, Macon, GA 31201.
- B. Puede llamar al 478-633-1067 para obtener más ayuda.