

SOLICITUD DE ACCESO/COPIA DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

¿Sabía que puede ver la mayor parte de su historial médico en línea a través de MyAtriumHealth? Visite www.atriumhealth.org y seleccione [MyAtriumHealth](#). Si desea una copia de su historial médico, responda el formulario siguiente.

Soy paciente de Atrium Health y mis datos son los siguientes:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Con el hecho de haber proporcionado su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en [las directrices para las comunicaciones electrónicas](#), publicadas en atriumhealth.org.

Deseo que _____ haga lo siguiente
(elija una opción): _____ (nombre del centro o del consultorio médico)

me dé una copia de mi información médica

me envíe una copia de mi historial médico O comparta mi información médica con:

(Nombre del centro, persona, empresa) (Dirección postal o apartado postal (PO Box), ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

(Número de fax)

(Dirección de correo electrónico)

Deseo que se envíen/comparten estas fechas de servicio: _____

Quiero que se envíen/comparten las partes de mi historial médico marcadas a continuación: * * *

Historial médico (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Resumen del centro (incluye las opciones en negrita) <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Historial médico completo <input type="checkbox"/> Historial y registro físico (No incluye facturación o imágenes) <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Visitas en consultorio/domicilio <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Registros de emergencias <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología/rayos X <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Notas de terapia (ocupacional/física/del habla) <input type="checkbox"/> Informes de estudio del sueño	Imagen médica (debe ser un formato CD): <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología (eco., lab. cate.) <input type="checkbox"/> Imágenes de neurología (EEG) <input type="checkbox"/> Ultrasonido obstétrico/ginecológico <input type="checkbox"/> Otras imágenes: _____	Facturación: <input type="checkbox"/> Factura(s) desglosada(s) <input type="checkbox"/> Formulario UB04 <input type="checkbox"/> Formulario CMS 1500 <input type="checkbox"/> Otra facturación: _____
---	---	--

Quiero mi historial médico en este formato

(elija uno):

- CD
 Correo electrónico
 Copia en papel
 Otro: _____

Quiero que usted (elija una opción):

- Los envíe por correo postal
 Los envíe por correo electrónico seguro
 Los envíe por fax a: _____
 Los prepare para que los recojan en: _____
 Comparta mi información médica verbalmente

Otra opción es programar una cita con el consultorio de su proveedor de atención médica para ver su historial médico en persona. Tenga en cuenta que se pueden necesitar hasta 30 días para programar la cita o entregar copias.

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información sobre pruebas genéticas, servicios genéticos e historial médico familiar, discapacidades de salud mental o de desarrollo, trastorno por uso de sustancias, resultados de pruebas del VIH y sida o enfermedades relacionadas con el sida.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Observación: Si el paciente no tiene capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar el documento por el paciente. (Se puede solicitar prueba escrita).

Observación: Si una persona menor de edad da su consentimiento a un médico con licencia para su tratamiento de embarazo, enfermedades de transmisión sexual, salud mental /conductual ambulatoria, tratamiento ambulatorio de sustancias controladas o alcohol sin el consentimiento de los padres, la persona menor de edad debe firmar esta autorización. Si el paciente es una persona menor en tratamiento por consumo de sustancias y el padre/madre o tutor dio su consentimiento para dicho tratamiento, tanto la persona menor como el padre/madre o tutor deben firmar esta autorización.

Firma de la persona menor: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Fecha de entrega/envío del historial médico al paciente: ___por Correo postal Fax Otro _____ ID verificada Licencia para conducir/otra ID _____

Nombre y departamento del integrante del equipo de Atrium Health _____ Fecha: _____ Número de páginas _____

Revisado julio de 2024



Atrium Health

Solicitud de acceso/copia de historial médico del paciente

Página 1 de 1

Place Patient Label Here