

## Solicitud del Paciente para el Acceso

¿Sabía usted que puede ver la mayor parte de su historial médico en línea a través de MyAtriumHealth? Visite <https://atriumhealth.org> y haga clic en [MyAtriumHealth](#). Si desea tener una copia de su historial médico, complete el siguiente formulario.

### Soy un paciente en Atrium Health y mi información se encuentra a continuación:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Últimos 4 Núm. del Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (*E-mail*): \_\_\_\_\_

*Al dar su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en las Pautas para el Uso de Correo Electrónico de Pacientes publicada en [carolinashealthcare.org](http://carolinashealthcare.org)*

**Me gustaría que \_\_\_\_\_ (elija uno):**

(Indique la instalación o consultorio)

me dé una copia de mi información de salud

envíe mi historial médico a :

(Nombre de la institución, persona, empresa)	Dirección o Apartado Postal / PO Box, Estado, Código Postal)
(Número de teléfono)	(Número de Fax)
(Dirección de correo electrónico [ <i>E-mail</i> ])	

**Me gustaría que estas fechas de servicio sean entregadas:** \_\_\_\_\_

### Deseo obtener estas partes de mi historial médico:

<b>Instalación (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de la Instalación (abstracto) <input type="checkbox"/> Resumen de Alta <input type="checkbox"/> Registros de Emergencias <input type="checkbox"/> Historial y Físico <input type="checkbox"/> Informes Operativos <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Informes Radiología / Rayos X <input type="checkbox"/> Otro _____  <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Factura detallada	<b>Consultorio / Clínica / Cuidado a domicilio (marque todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Resumen de Consultorio/Clínica (abstracto) <input type="checkbox"/> Visitas de Consultorio/Domicilio <input type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Otro _____  <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Factura detallada	<b>Salud Mental/ Abuso de sustancias. (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de la instalación (abstracto) <input type="checkbox"/> Resumen Clínico / de Alta <input type="checkbox"/> Evaluaciones <input type="checkbox"/> Notas del progreso / la Terapia <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada
--	--	--

**Deseo que este historial se entregue de la siguiente manera (elija una):**

- CD
- Correo Electrónico (*E-mail*)
- Copia en papel
- Otro \_\_\_\_\_

**Solicito que me lo entreguen por medio de (elija una):**

- Correo regular
- Correo electrónico (*E-mail*) seguro
- Fax a: \_\_\_\_\_
- Estén listos para ser recogido por: \_\_\_\_\_

Como una alternativa puede programar una cita en el consultorio de su proveedor de cuidados de salud para ver su historial en persona. Por favor tenga en cuenta que se puede demorar hasta 30 días para programar la cita o proporcionar las copias.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario en nombre del paciente. (Puede que se solicite prueba escrita)**

Autorización dada al paciente / Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ vía  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_  Identificación verificada  Licencia de Conducir u Otra  
(Authorization given to patient / Date of release) (via Mail) (Other) (ID Verification DL/Other ID)

