

Solicitud del paciente para acceder a la copia de la historia clínica

¿Sabía que puede visualizar la mayor parte de su historia clínica en línea a través de MyAtriumHealth? Visite www.atriumhealth.org y haga click en [MyAtriumHealth](#). Si desea tener una copia de su historia clínica por favor complete el siguiente formulario

Soy paciente de Atrium Health y mi información se encuentra a continuación:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted entiende y acepta los riesgos detallados en las Pautas para el Correo con los Pacientes, publicadas en carolinashealthcare.org.

Me gustaría que _____ a (elijá uno):

(indique nombre de consultorio o práctica)

- me otorgara una copia de mi información de salud
 me envíe una copia de mi historia clínica O comparta mi información de salud con:

(Nombre del Establecimiento, Persona, Compañía) (Domicilio o Casilla de Correos, Ciudad, Estado, Código Postal)

(Número telefónico) (Número de fax)

(Correo electrónico)

Me gustaría que estas fechas de servicio sean enviadas/compartidas: _____

Las partes de mi expediente que se muestran a continuación quiero que se envíen/compartan:

Establecimiento (tilde todas las opciones que apliquen): <input type="checkbox"/> Resumen del Establecimiento (incluye ítems en negrita) <input type="checkbox"/> Resumen del Alta <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Historial de Emergencia <input type="checkbox"/> Historia y Físico <input type="checkbox"/> Reportes Operativos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Radiología/Informes de rayos X <input type="checkbox"/> Notas de la terapia <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Historia completa <input type="checkbox"/> Factura Detallada	Oficina/Clínica/Cuidados del hogar (marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Resumen de oficinas/clínicas (incluye los artículos en negrita) <input type="checkbox"/> Visitas a oficinas y hogares <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Notas de la terapia <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Todo el registro <input type="checkbox"/> Factura Detallada
--	--

Quiero estos registros como un (elige uno):

- CD**
 E-mail
 Copia en papel
 Otra: _____

Quiero que usted (elijá uno):

- los envíe por**
 Los envíe por correo electrónico seguro
 que los manden por fax a: _____
 Prepárelos para ser recogidos por: _____
 Compartir mi información de salud de manera verbal

Como alternativa, puede programar una cita con el consultorio de HealthCare con el fin de ver su expediente en persona. Por favor, tenga en cuenta que puede tardar hasta 30 días en programar la cita o proporcionar copias.

Firma: _____ Nombre en letra imprenta: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar esto por el paciente. (Se puede solicitar una prueba escrita.)

Fecha de los registros dados/enviados al paciente: _____ via Mail Fax Otros _____ ID Verificado DL/OtrosID _____
Compañero de equipo & Departamento de Atrium Health _____ Fecha: _____ # de Páginas _____



Atrium Health

Solicitud del paciente para acceder a la copia de la historia clínica