

Nombre del paciente:			
Dirección:			
Ciudad, estado, código postal:			
Número de teléfono:			
Fecha nacimiento:		Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:	
Solicito acceso a (marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Recibir copias de registros médicos		<input type="checkbox"/> Solo examinar registros
Fechas de tratamiento:			
Tipo de información:	<input type="checkbox"/> Todo o: <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Programa de Uso de Sustancias <small>(Protegido por 42 CFR Parte 2)</small>		
Instrucciones de entrega: (elegir una opción)	<input type="checkbox"/> En papel - correo a la dirección anterior u otra dirección: _____ <input type="checkbox"/> En Papel – llamar para recoger _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico (encriptados): _____		
Documentación o información solicitada:	<input type="checkbox"/> Registros de salud pertinentes únicamente: Encuentro/Notas de progreso, Evaluación de Diagnóstico/ Actualización de Evaluación, Resumen de Alta, Tratamiento/Plan de Servicio, Laboratorio/Patología/Radiología/Informes de Diagnóstico O Documento Específicos: <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico/actualización de evaluación <input type="checkbox"/> Antecedentes de servicios <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Notas del encuentro/progreso o notas de la consulta <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/servicio <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Vacunas		
<p>Certifico que esta solicitud para acceder a mi información de salud se realiza de manera voluntaria y que, a mi leal saber y entender, la información indicada anteriormente es correcta. Comprendo que Axis Health System podrá no otorgarme acceso a ciertos tipos de información de salud. La solicitud de información relativa a salud mental, trastorno de abuso de sustancias de menores (entre 15 y 17 años) y planificación familiar/anticoncepción (menores de cualquier edad) debe estar firmada por el paciente menor de edad para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales sobre el acceso a los registros del paciente. Comprendo que se puede cobrar un cargo por las copias de mis registros médicos.</p>			
Firma del paciente (*representante/padre/madre/tutor legal)		Fecha	
<small>* Al firmar en carácter de representante/padre/madre/tutor legal, declaro que tengo la facultad legal para hacerlo y que mi capacidad para firmar en nombre del paciente no ha sido limitada ni restringida voluntariamente ni a través de un proceso legal. Se puede solicitar la verificación de la documentación legal. No se aceptan las firmas electrónicas.</small>			
Nombre de la persona que firma en nombre del paciente		Relación con el paciente	
Para uso exclusivo de HIM			
Verificación de firma: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Otro documento o documento firmado anteriormente en la historia clínica <input type="checkbox"/> No se pudo verificar la identidad			
APROBACIÓN DEL PROVEEDOR DE REGISTROS DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICOS: Soy el proveedor primario de salud mental o psiquiátrica del paciente anteriormente indicado. He revisado el/los registro/s médico/s con el fin de determinar si contiene/n información relativa a problemas que, de ser revelados al paciente, sería razonablemente posible que pongan en peligro la vida o la seguridad física de la persona o de terceros.			
Partes de la información de salud psiquiátrica del/de los registro/s médico/s: <input type="checkbox"/> Pueden ser divulgadas al paciente. <input type="checkbox"/> NO pueden ser divulgadas al paciente conforme a 45 CFR § 164.524(a)(3)(i-iii).			
Firma del proveedor de salud psiquiátrica: _____		Fecha: _____	
Nombre en letra de imprenta: _____			
Partes de la información de salud mental del/de los registro/s médico/s: <input type="checkbox"/> Pueden ser divulgadas al paciente. <input type="checkbox"/> NO pueden ser divulgadas al paciente conforme a 45 CFR § 164.524(a)(3)(i-iii).			
Firma del proveedor de salud mental: _____		Fecha: _____	
Nombre en letra de imprenta: _____			