

Solicitud del paciente para expedientes médicos

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento del Control de Información de Salud «Health Information Management Department» (expedientes médicos) usando los números de teléfono o fax mencionados arriba o el correo electrónico: healthInformation@froedtert.com. El correo electrónico de Holy Family Memorial, Inc.: HFMROIRequests@froedtert.com.

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del solicitante: _____

Parentesco al paciente: (Seleccione uno): ☐ Paciente ☐ Representante legal del paciente

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

La dirección del paciente: _____

Número de teléfono de preferencia: _____ ☐ casa ☐ móvil

Nombre de la persona para recibir la información: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Parentesco al paciente: _____

Expedientes médicos: (Especifique: nombres de profesionales médicos, instalación, fechas): _____

Fechas y tipo del estudio radiológico (radiografía, TC, resonancia magnética, etc.): _____

Instalaciones médicas:

- ☐ F&MCW Community Physicians
☐ Froedtert Community Hospitals
☐ Froedtert Hospital
☐ Holy Family Memorial Inc.

- ☐ Froedtert Menomonee Falls Hospital
☐ Froedtert Surgery Center
☐ Froedtert West Bend Hospital
☐ Medical College of Wisconsin

- ☐ Lake Country Surgery Center
☐ West Bend Surgery Center
☐ Otra: _____

Formato solicitado para expedientes: ☐ MyChart (Portal de pacientes) ☐ Fax ☐ Copia física ☐ CD ☐ Enviar por correo electrónico

Formato solicitado para radiografías: ☐ CD ☐ Enviar por correo electrónico

****Según nuestra política, no podemos aceptar ningún dispositivo externo, tales como memoria USB, unidades de almacenamiento en miniatura o discos compactos (CD).**

IMPORTANTE: No podemos garantizar la seguridad de la información divulgada por correo electrónico y existe la posibilidad de acceso por terceros durante la transferencia.

Esta solicitud estará vigente hasta _____ (si no hay una fecha, la solicitud estará vigente por 1 año desde la fecha de la firma) e incluye todos los expedientes actuales o iniciados en cualquier momento hasta la fecha de la firma de esta solicitud.

Se incluyen los expedientes creados después de la fecha de la firma de esta solicitud, hasta la fecha de vencimiento. _____ (Iniciales)

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Hora

For Office Use Only: Identification Confirmed: ☐ Yes ☐ No Type of identification provided: _____



Authorization, Use/Disclosure of PHI =100139

Original - Medical Records