



SOLICITUD REALIZADA POR EL PACIENTE PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____
	Dirección: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Teléfono n.º: _____ Nombres anteriores: _____

Beacon Medical Group*/Beacon Health, LLC/Med Point
 Bremen Elkhart General Hospital Memorial Hospital/Epworth

***Ubicación de Beacon Medical Group/nombre del médico:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fechas a publicarse: ____/____/____ al ____/____/____

Registros de la clínica, sitio de Beacon Medical Group (*resumen de dos años a menos que se especifique lo contrario*)
(Referencias generales: notas del consultorio de la clínica, consultas, exámenes de laboratorio, resultados de las pruebas)

Registros del hospital
(Referencias generales: resumen del alta, historial y examen físico, consultas, informes operativos, exámenes de laboratorio, informes de radiología y registros de la sala de emergencias)

Listas de medicamentos Registros de facturación Carátula Exámenes de laboratorio

Radiología Resumen del alta ER, Registros de la sala de emergencias Informes operativos/procedimiento

Registros de inmunizaciones Consulta

Copias de películas/imágenes (enumere los detalles del tipo, dónde se tomaron, etc.): _____

Otro (enumere los detalles): _____

**** Al seleccionar uno o más de ** los casilleros a continuación, autorizo específicamente a que estos registros sean divulgados o compartidos:**

** Salud conductual/Registro de enfermedades mentales

** Tratamiento de enfermedades transmisibles, que incluyen VIH/SIDA, hepatitis y enfermedades venéreas, etc.

** Tratamiento por abuso de sustancias (p. ej., alcohol o drogas) ** Pruebas/Exámenes de detección genéticos

Método de entrega

Entrega por medios electrónicos: Un correo electrónico no encriptado no es un medio de comunicación seguro. Encriptaremos las comunicaciones por correo electrónico de sus registros a menos que nos indique que prefiere que no lo hagamos. Si prefiere que no encriptemos nuestras comunicaciones dirigidas a usted, coloque sus iniciales aquí: _____

Anote una dirección de correo electrónico para la entrega por este medio: _____

Correo Lo recoge una persona Solamente para revisión *(en letra de imprenta)*

CD/DVD (no está disponible para todos los registros) Otro: _____

Entregar los registros a Mi persona Otro (indicado abajo)

Nombre: _____ Teléfono n.º: _____ Fax n.º: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Beacon Health System reconoce el derecho de un paciente en virtud de la HIPAA de acceder a copias de su información de salud. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros.

Firma del paciente o representante personal: _____	Fecha/Hora: _____
--	-------------------

Nombre del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____	Relación con el paciente (representante personal, proporcionar documentación) _____
--	---