

Solicitud del paciente de información de salud

Información del paciente:

Nombre: _____ In. 2.º nom. _____ Apellido: _____

Nombre anterior (si corresponde): _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono (____) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Me gustaría obtener los registros de este hospital, clínica o proveedor específico:

Fecha(s) de servicio: ____/____/____ al ____/____/____ (si no se especifica, se enviará el más reciente)

Información solicitada:

Historial y Ex. físico Informes de patología Informes de radiología Resumen de alta médica

Informes de consultas Notas de sala de emergencias Informes de laboratorio Notas de progreso

Notas de operaciones/procedimientos Revisión/Evaluación Vacunas

Otro (especifique): _____

Formato solicitado:

Copia impresa CD My Chart (Si no tiene una cuenta, visite CentraCare.com)

Correo electrónico _____
(Al elegir esta opción, reconozco que podría haber riesgos en la seguridad de mi información de salud mientras se encuentra en tránsito)

Otro (especifique) _____

Me gustaría que mis registros los enviaran a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Dirección de correo electrónico (Si se solicita algún tipo de formato): _____

Firma del Paciente o Representante personal Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

De conformidad con la ley HIPAA, Carris Health reconoce el derecho del paciente a tener acceso a copias de su información de salud. Es posible que se aplique un cargo asociado con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros solicitados.



Instrucciones

Complete este formulario en su totalidad para que podamos identificar correctamente a usted, la información que solicita y cómo y dónde desea que le enviemos la información solicitada. Asegúrese de firmar y fechar la parte inferior antes de enviar el formulario por correo postal o correo electrónico a uno de los siguientes sitios.

Si solicita registros de...	Envíe su formulario completado a...
Carris Health - Clinics	Carris Health-Willmar Main Clinic Attn: Health Information Management Department 101 Willmar Ave SW Willmar, MN 56201 Teléfono: 320-231-5011 Fax: 320-231-6323 Correo electrónico: carriswiroi@carrishealth.com
Carris Health – Rice Memorial Hospital	Carris Health-Rice Memorial Hospital Attn: Health Information Management Department 301 Becker Ave SW Willmar, MN 56201 Teléfono: 320-231-4680 Fax: 320-231-4833 Correo electrónico: rmhroi@carrishealth.com
Carris Health – Redwood Hospital	Carris Health – Redwood Hospital Attn: Health Information Management Department 1100 E Broadway Redwood Falls, MN 56283 Teléfono: 507-637-4591 Fax: 507-697-6006 Correo electrónico: rwfroi@carrishealth.com
Carris Health – Willmar Surgery Center	Carris Health- Willmar Surgery Center Attn: Health Information Management Department 1310 S 1 st St Willmar, MN 56201 Teléfono: 320-262-7867 Fax: 320-235-7069