

## Solicitud de información médica del paciente

**Información del paciente (en letra de molde)**

Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al de arriba):					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono de la casa:		Teléfono celular (opcional):	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

**¿Qué expedientes quiere? (Marque las casillas correspondientes abajo):**

Fechas de servicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar (nombre del centro/consultorio del médico): \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información pertinente (incluye notas del médico y resultados de diagnóstico) | <input type="checkbox"/> Resumen de alta                   |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (excluye notas de psicoterapia)                    | <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique abajo)  | <input type="checkbox"/> Informes operativos               |

Especifique: \_\_\_\_\_

**INTEGRIS Health debe dar mis expedientes a:**  Mí mismo  Persona/organización especificada abajo

Nombre del destinatario:		Teléfono del destinatario:	
Dirección postal del destinatario:		Fax del destinatario (solo para atención al paciente):	

**¿En qué formato preferiría sus expedientes? (Marque todas las que correspondan)**

- Papel  CD  Disco de radiología (para imágenes)  Portal (debe elegir el portal como método de entrega)

**¿Cómo prefiere que le entreguen sus expedientes?**

- Correo  Fax  Portal (<https://www.integrisandme.com>)  Recogida en persona:

Correo electrónico (sujeto a limitaciones de tamaño de archivo) \_\_\_\_\_ Lugar de recogida: \_\_\_\_\_

**Escriba su nombre en letra de molde y firme abajo:**

Nombre del paciente o representante personal (en letra de molde)		Relación (en letra de molde)	
Firma del paciente o representante personal		Fecha/hora	

**Devuelva el formulario completo a:**

<b>INTEGRIS HIM Department</b> <b>3366 NW Expressway, Bld D Ste. C20</b> <b>Oklahoma City, OK 73112</b>	<b>Fax: (405) 552-8704</b>
	<b>Correo electrónico: HealthInfoManagement@integrisk.com</b>
	<b>¿Tiene alguna pregunta? (877) 778-7211</b>

*Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de expedientes solicitados de conformidad con 45 CFR164.524(c)(4)*

*Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible o no transmisible que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o VIH o sida o puede indicar que recibo o he recibido tratamiento por condiciones psicológicas o psiquiátricas o consumo de sustancias.*

NS-0322 HIM ROI Authorization



Rev 08/20; 03/22