

Solicitud de información de salud del paciente

Información del paciente (en letra de imprenta)

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Nombre al momento del tratamiento (si difiere del nombre anterior):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono residencial:	Teléfono móvil (opcional):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Qué registros desea? (marque las casillas que correspondan a continuación):

Fecha(s) de servicio: Desde ___/___/___ hasta ___/___/___

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Información pertinente (incluye las notas del médico y los resultados diagnósticos) | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa (excepto las notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Otros (vacunas, resumen posterior a la visita, notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Informes operativos |

Especifique:

¿Cómo desea que le enviemos sus registros?

- Impresos
- Por correo
 - Retiro en persona
- Formato electrónico
- CD
 - A través del portal (<https://www.integrisandme.com>)

¿Dónde quiere que le enviemos la información? (Complete las casillas a continuación):

INTEGRIS Health debe proporcionar mis registros a: Mí La persona/organización especificadas a continuación

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

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo:

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

Devuelva el formulario completado a:

INTEGRIS HIM Department 3366 NW Expressway, Bld D Ste. C20 Oklahoma City, OK 73112	Fax: (405) 949-3622
	¿Tiene preguntas? (877) 778-7211

Pueden generarse cargos asociados al procesamiento de las solicitudes y a la producción de registros solicitados de conformidad con lo dispuesto en el Título 45, Sección 164.524(c)(4) del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible o no transmisible, que puede incluir entre otras enfermedades, hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA, o puede indicar que tengo trastornos psicológicos o psiquiátricos o problemas de abuso de sustancias, o que he recibido tratamiento por estos trastornos o problemas.

