

En algunas áreas, Providence Health & Services y sus afiliados pueden almacenar los historiales clínicos de los pacientes separado de los registros.

Estaremos encantados de enviar una copia de este formulario por fax a otras instituciones bajo su petición si lo solicita.

Puede adjuntar una página adicional si se necesita más espacio que el proporcionado en el formulario de solicitud.

Por favor envíe este formulario al Departamento de Registros Médicos donde usted fue visto. Si usted fue visto en varias instalaciones o no está seguro de la información de contacto apropiada, puede remitir la solicitud a su ubicación clínica:

Importante: Providence Health & Services y sus afiliados ya no incluyen ni divulgan los números de Seguro Social de los pacientes, a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, es posible que los números de Seguro Social estén incluidos en los registros de los pacientes creados hace algunos años. Los registros que está solicitando podrían incluir su número de Seguro Social.

Por medio de este documento, la institución, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal por divulgar la información expuesta anteriormente en la medida que haya sido indicada y autorizada en este documento.

Providence Salud Servicios y sus Afiliados no haga discriminar sobre el Raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電888-311-9127 (TTY: 711).



Patient Request to Access a Designated Record Set - Spanish Version Solicitud Del Paciente Para Acceder Al Conjunto De Registros Designado - Clínica

Nombre de paciente: Fecha de nacimiento:

Otro (s) nombre (s) utilizado (s): Teléfono:

Dirección actual:

Ciudad: Estado: Código postal:

Correo electrónico:

Por favor, revele mis registros a En la dirección arriba indicada o El siguiente destinatario

Nombre: Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Enviar mis registros: MyChart Correo electrónico En disco En papel

Solicito los registros de la (s) siguiente (s) institución (es):

Hospital(es)/Nombre del doctor	Clínica(s)/Nombre del doctor
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para las fecha desde: hasta:

Información a revelar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia y Física | <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria |
| <input type="checkbox"/> Informe quirurgico | <input type="checkbox"/> Informe del ED |
| <input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Notas de visitas al consultorio |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Últimos 2 años |

Podrían aplicarse cargos asociados con esta solicitud. Algunos registros no están disponibles para recibir a través de MyChart

Firma del Paciente: Fecha:

(Impreso y signo a mano)

Representate personal: Fecha:

Representate personal firma: Relación con el paciente:

(Impreso y signo a mano)