

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER AL CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADO PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (SPANISH)

En algunas áreas, Providence Health & Services and Affiliates puede almacenar registros de pacientes por separado para hospitales. Con gusto enviaremos por fax una copia de este formulario a otros establecimientos si nos lo solicita.

Puede adjuntar otra página si necesita más espacio que el proporcionado en el formulario de solicitud.

Si está solicitando registros de un paciente fallecido, comuníquese con el Departamento Central de Divulgación de Información para obtener una declaración jurada del cónyuge sobreviviente o del pariente más cercano y más instrucciones.

Envíe este formulario al hospital donde lo atendieron. Si lo atendieron en varios establecimientos o si no está seguro sobre la información de contacto correspondiente, puede enviar la solicitud a:

Providence Sacred Heart Medical Center
Dept: Release of Information
101 W. Eighth Ave. Spokane, WA 99220
Teléfono: (509) 474-3072 | Fax: (509) 474-4815
Correo electrónico: PSHMC.HIMRecords@providence.org

Importante: Providence Health & Services and Affiliates ya no imprime ni publica los números de seguro social de los pacientes a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, los números de seguro social podrían estar incluidos en los registros de los pacientes creados hace varios años. La información que está solicitando podría incluir su número de seguro social.

Por el presente documento, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal por divulgar la información expuesta anteriormente en la medida indicada y autorizada en este documento.

Providence Health & Services and Affiliates no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad en sus programas y actividades de salud.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al (888) 311-9127 (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)。

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER AL CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADO PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (SPANISH)

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____		
Nombre(s) anterior(es) utilizado(s): _____		Teléfono de contacto: _____		
Dirección del paciente: _____				
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____		
Correo electrónico del paciente: _____				
Divulgar mis registros a: Mí mismo a la dirección anterior <input type="checkbox"/> o al siguiente <input type="checkbox"/>				
Nombre del destinatario: _____		Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____		
Teléfono: _____	Fax: _____	Correo electrónico: _____		
Enviar mis registros por: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Disco <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Fax				
Solicito información del (los) siguiente(s) establecimiento(s):				
Enumere el (los) hospital(es) o nombre(s) del proveedor		O	Enumere la(s) clínica(s) o el (los) nombre(s) del proveedor	
Para el período que se extiende desde: _____ hasta: _____				
Información que se divulgará:				
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria			
<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	<input type="checkbox"/> Informe del Departamento de			
<input type="checkbox"/> Emergencias Informe de diagnóstico (análisis de laboratorio, radiografías, EKG, etc.)	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso			
<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	<input type="checkbox"/> De los últimos 2 años únicamente			
Podrían aplicarse cargos asociados con esta solicitud. Algunos registros no se pueden recibir por MyChart.				
Firma del paciente: _____		Fecha: _____		
(Imprima el formulario y firmelo a mano)				
Nombre del representante: _____		Fecha: _____		
Firma del representante: _____		Relación con el paciente: _____		
(Imprima el formulario y firmelo a mano. Incluya documentación de respaldo).				