

<b>Nombre del paciente:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Ciudad, estado, código postal:</b>			
<b>Número de teléfono:</b>			
<b>Fecha nacimiento:</b>		<b>Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:</b>	

**Solicito acceso a (marcar una opción)**

- Recibir copias de registros médicos
  Solo examinar registros
  Recibir copias per Laura Hershey Acto de Discapacidad

<b>Fechas de tratamiento:</b>			
<b>Tipo de información:</b>	<input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Salud mental/psiquiátrica <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Planificación familiar/Anticoncepción <input type="checkbox"/> Dental		

<b>Instrucciones de entrega: (elegir una opción)</b>	<input type="checkbox"/> En papel - correo a la dirección anterior u otra dirección: _____ <input type="checkbox"/> En Papel – llamar para recoger _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico (encriptados): _____		
--	--	--	--

<b>Documentación o información solicitada:</b>	<input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Saldo/pago <input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico/actualización de evaluación <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Notas del encuentro/progreso o notas de la consulta <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Antecedentes de servicios <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/servicio <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Otro: _____		
--	--	--	--

Certifico que esta solicitud para acceder a mi información de salud se realiza de manera voluntaria y que, a mi leal saber y entender, la información indicada anteriormente es correcta. Comprendo que Axis Health System podrá no otorgarme acceso a ciertos tipos de información de salud. La solicitud de información relativa a salud mental, trastorno de abuso de sustancias de menores (entre 15 y 17 años) y planificación familiar/anticoncepción (menores de cualquier edad) debe estar firmada por el paciente menor de edad para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales sobre el acceso a los registros del paciente. Comprendo que se puede cobrar un cargo por las copias de mis registros médicos.

Firma del paciente (*representante/padre/madre/tutor legal)	Fecha
---	-------

\* Al firmar en carácter de representante/padre/madre/tutor legal, declaro que tengo la facultad legal para hacerlo y que mi capacidad para firmar en nombre del paciente no ha sido limitada ni restringida voluntariamente ni a través de un proceso legal. Se puede solicitar la verificación de la documentación legal. No se aceptan las firmas electrónicas.

Nombre de la persona que firma en nombre del paciente	Relación con el paciente
---	--------------------------

**Para uso exclusivo de HIM**

Verificación de firma:  Licencia de conducir  Otro documento o documento firmado anteriormente en la historia clínica  No se pudo verificar la identidad

**APROBACIÓN DEL PROVEEDOR DE REGISTROS DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICOS:** Soy el proveedor primario de salud mental o psiquiátrica del paciente anteriormente indicado. He revisado el/los registro/s médico/s con el fin de determinar si contiene/n información relativa a problemas que, de ser revelados al paciente, sería razonablemente posible que pongan en peligro la vida o la seguridad física de la persona o de terceros.

Partes de la **información de salud psiquiátrica** del/de los registro/s médico/s:  Pueden ser divulgadas al paciente.  **NO** pueden ser divulgadas al paciente conforme a 45 CFR § 164.524(a)(3)(i-iii).

Firma del proveedor de salud psiquiátrica: _____	Fecha: _____
Nombre en letra de imprenta: _____	

Partes de la **información de salud mental** del/de los registro/s médico/s:  Pueden ser divulgadas al paciente.  **NO** pueden ser divulgadas al paciente conforme a 45 CFR § 164.524(a)(3)(i-iii).

Firma del proveedor de salud mental: _____	Fecha: _____
Nombre en letra de imprenta: _____	

Patient# \_\_\_\_\_