

Nombre del paciente:			
Dirección:			
Ciudad, Estado, Código postal:			
Número de teléfono:			
Fecha de nacimiento:		Últimas cuatro cifras del N^o. de Seguro Social	

Solicito acceso para (marque una opción): Obtener copias de la historia médica Ver la historia médica únicamente

Fechas de tratamiento:	
Tipo de información: <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Salud mental/psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Planificación familiar/anticonceptivos <input type="checkbox"/> Dental	
Instrucciones de entrega: (Elija una opción) <input type="checkbox"/> Impreso (<input type="checkbox"/> Enviar a la dirección anterior, o <input type="checkbox"/> Llamar para recogerlo) <input type="checkbox"/> Fax (número: _____) <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico (protegido con contraseña): _____ <input type="checkbox"/> CD (protegido con contraseña (<input type="checkbox"/> Enviar a la dirección anterior, o <input type="checkbox"/> Llamar para recogerlo)	
Documentos/información solicitados: <input type="checkbox"/> Atención <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Saldo/pago <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico/ actualización de evaluación <input type="checkbox"/> Antecedentes de servicio <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/servicio <input type="checkbox"/> Apuntes sobre la consulta/apuntes de progreso <input type="checkbox"/> Historia completa <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio: _____	

Certifico que esta solicitud para tener acceso a mi información de salud se hace de manera voluntaria y que, a mi mejor saber y entender, la información suministrada anteriormente es cierta. Comprendo que Axis Health System puede no darme acceso a ciertos tipos de información sobre la salud. Las solicitudes de información sobre trastornos de salud mental y uso de sustancias que pertenezcan a menores de edad (de los 15 a 17 años) e información sobre la planificación familiar/anticonceptivos (menores de cualquier edad) deben estar firmadas por el paciente menor de edad para garantizar que se esté cumpliendo con los requisitos legales relacionados con acceso a las historias clínicas de los pacientes. Comprendo que me pueden cobrar por las copias de mi historia médica.

 Firma del paciente (*Representante/Padre/Madre/Tutor legal)

 Fecha

*Al firmar como Representante/Padre/Madre/Tutor legal, declaro que tengo la autoridad legal para hacerlo y que mi capacidad para firmar en nombre del paciente no ha sido limitada ni restringida ni voluntariamente ni mediante procesos jurídicos. Se puede solicitar la verificación de los documentos legales.

 Nombre del individuo que firma en nombre del paciente

 Relación con el paciente

Solamente para uso de HIM

Verificación de la firma: Licencia de conducir Otro documento de identificación adecuado o documento firmado antes en el expediente

No se pudo verificar

APROBACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA MENTAL/PSIQUIÁTRICA POR EL PROVEEDOR: Soy el proveedor principal de atención psicológica o de salud mental del paciente antes mencionado. He repasado la historia clínica para determinar si contiene información relacionada con problemas que, si se revelan al paciente, es razonablemente probable que suponga un peligro para la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona.

Porción o porciones **psiquiátricas** de la historia clínica: Se pueden divulgar al paciente **NO** se pueden divulgar al paciente conforme a 45 CFR § 164.524(a)(3)(i-iii)

Firma del proveedor psiquiátrico: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Porción o porciones **de salud mental** de la historia clínica: Se pueden divulgar al paciente **NO** se pueden divulgar al paciente conforme a 45 CFR § 164.524(a)(3)(i-iii)

Firma del proveedor de salud mental: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Paciente# _____

Autorizado 7.1.17