

Solicitud del Paciente para el Acceso

¿Sabía usted que puede ver la mayor parte de su historial médico en línea a través de MyCarolinas? Visite www.carolinashealthcare.org y haga clic en [MyCarolinas](#). Si desea tener una copia de su historial médico, complete el siguiente formulario.

Soy un paciente en Carolinas HealthCare System y mi información se encuentra a continuación:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Últimos 4 Núm. del Seguro Social (SSN): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (*E-mail*): _____

Al dar su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en las Pautas para el Uso de Correo Electrónico de Pacientes publicada en carolinashealthcare.org

Me gustaría que _____ (elija uno):

(Indique la instalación o consultorio)

me dé una copia de mi información de salud

envíe mi historial médico a :

(Nombre de la institución, persona, empresa)

Dirección o Apartado Postal / PO Box, Estado, Código Postal)

(Número de teléfono)

(Número de Fax)

(Dirección de correo electrónico [*E-mail*])

Me gustaría que estas fechas de servicio sean entregadas: _____

Deseo obtener estas partes de mi historial médico:

Instalación (marque todas las que apliquen):	Consultorio / Clínica / Cuidado a domicilio (marque todas las que apliquen)	Salud Mental/ Abuso de sustancias. (marque todas las que apliquen):
<input type="checkbox"/> Resumen de la Instalación (abstracto)	<input type="checkbox"/> Resumen de Consultorio/Clínica (abstracto)	<input type="checkbox"/> Resumen de la instalación (abstracto)
<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Visitas de Consultorio/Domicilio	<input type="checkbox"/> Resumen Clínico / de Alta
<input type="checkbox"/> Historial y Físico	<input type="checkbox"/> Examen Físico	<input type="checkbox"/> Evaluaciones
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas del progreso / la Terapia
<input type="checkbox"/> Informes Radiología / Rayos X	<input type="checkbox"/> Informes de Radiología	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio
<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Factura detallada	<input type="checkbox"/> Factura detallada	<input type="checkbox"/> Expediente completo (No incluye notas de psicoterapia)
		<input type="checkbox"/> Factura detallada

Deseo que este historial se entregue de la siguiente manera (elija una):

- CD
 Correo Electrónico (*E-mail*)
 Copia en papel
 Otro _____

Solicito que me lo entreguen por medio de (elija una):

- Correo regular
 Correo electrónico (*E-mail*) seguro
 Fax a: _____
 Estén listos para ser recogido por: _____

Como una alternativa puede programar una cita en el consultorio de su proveedor de cuidados de salud para ver su historial en persona. Por favor tenga en cuenta que se puede demorar hasta 30 días para programar la cita o proporcionar las copias.

Firma: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____

Relación al paciente: _____ **Fecha:** _____

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario en nombre del paciente. (Puede que se solicite prueba escrita)

Autorización dada al paciente / Fecha de entrega: _____ vía Correo Fax Otro _____ Identificación verificada Licencia de Conducir u Otra
(Authorization given to patient / Date of release) (via Mail) (Other) (ID Verification DL/Other ID)

905



Carolinas HealthCare System
Patient Request for Access
Spanish