

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)**

<b>Nombre del paciente</b>			
<b>Domicilio</b>			
<b>Ciudad/Estado/Código postal</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Número de teléfono</b>	

**¿CUÁLES EXPEDIENTES SOLICITA?**

Entiendo que dicha información pudiera incluir información que corresponda a: SIDA, VIH, diagnósticos/tratamientos de abuso de drogas o alcohol; salud mental, conductual o psiquiátrica

Resumen (notas del médico, expedientes de la sala de urgencias, resultados de los análisis, operaciones)			Informes de laboratorio
Resumen de dada de alta Historial/Físico	Expedientes de la sala de urgencias Informe(s) de operación	Informes de radiología Imágenes de radiología	Otro

Fecha(s) de prestación del(de los) servicio(s):

**¿CÓMO QUIERE QUE SE LE ENTREGUEN SUS EXPEDIENTES?**

Impresos:	Pasaré a buscarlos en persona	Enviarlos por correo a casa (la dirección se encuentra a continuación)
CD:	Pasaré a buscarlos en persona	Enviarlos por correo a casa (la dirección se encuentra a continuación)
Correo electrónico:	Pido que me envíen una copia electrónica por correo electrónico a la dirección siguiente: _____	
<p><b>ADVERTENCIA: Entiendo que existe un nivel de riesgo de que un tercero pudiera leer u obtener acceso de otra manera a mi información médica protegida [PHI por sus siglas en inglés] al enviarla y acepto recibir mi PHI por correo electrónico, sin encriptarla, en la dirección de correo electrónico que se indica más arriba. Mi firma indica que entiendo y acepto el riesgo.</b></p> <p style="text-align: right;">_____ (Firma del paciente)</p>		
MyChart	Otro	

**FAVOR DE MARCAR LA CASILLA DEL CENTRO CLÍNICO DONDE RECIBÍ EL TRATAMIENTO**

<input type="checkbox"/> UT Health Athens Hospital	<input type="checkbox"/> UT Health Rehab Hospital	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Carthage
<input type="checkbox"/> UT Health Behavioral Health (BHC)	<input type="checkbox"/> UT Health Specialty Hospital	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Grand Saline
<input type="checkbox"/> UT Health Carthage Hospital	<input type="checkbox"/> UT Health South Broadway	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Henderson
<input type="checkbox"/> UT Health Cedar Creek Lake	<input type="checkbox"/> UT Health Tyler Hospital	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Jacksonville
<input type="checkbox"/> UT Health Henderson Hospital		<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Mineola
<input type="checkbox"/> UT Health Hope Cancer Center	<input type="checkbox"/> UT Health Clinics: <b>Favor de</b>	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Mt Pleasant
<input type="checkbox"/> UT Health Jacksonville Hospital	<b>apuntar el nombre del médico y la</b>	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Pittsburg
<input type="checkbox"/> UT Health North Campus Hospital	<b>ciudad.</b>	<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Quitman
<input type="checkbox"/> UT Health Pittsburg Hospital		<input type="checkbox"/> UT Health Rural Health Clinic Rusk
<input type="checkbox"/> UT Health Quitman Hospital		

**¿A DÓNDE QUIERE QUE LE ENVIEMOS SUS EXPEDIENTES?**

Favor de aportar mis expedientes a:	Mí mismo	Mi representante personal (que se indica a continuación):
Nombre del destinatario:	Nº de teléfono del destinatario:	
Ubicación del destinatario:	Ciudad, estado, código postal del destinatario:	Fax o correo electrónico del destinatario:

*El centro clínico que se marca más arriba reconoce el derecho del paciente conforme a la ley HIPAA de obtener acceso a copias de su información médica. Pudiera haber cobros correspondientes al procesamiento de la solicitud y al proporcionar los expedientes que se solicitan.*

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación o parentesco con el paciente, si no es usted mismo (adjunte los documentos legales debidos)

**THIS DOCUMENT IS NOT PART OF THE LEGAL MEDICAL RECORD.**