

## Solicitud de Información Médica del Paciente

**Información del Paciente (En Letra De Imprenta)**

Nombre:		Inicial del Segundo Nombre		Apellido:	
Nombre al Momento del Tratamiento (si es diferente al anterior):					
Fecha De Nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono Residencial:		Teléfono Móvil (opcional):	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:

**¿Qué registros desea? (marque las casillas que correspondan a continuación):**

Fecha(s) de servicio: Desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar:(Facultad, /Nombre de Oficina del Doctor): \_\_\_\_\_

- Información Pertinente (Incluye Las Notas Del Médico y Los Resultados Diagnósticos)
- Resumen del Alta
- Registro Completo (excluyendo Notas de Psicoterapias)
- Reporte de Sala de Emergencia
- Otros Registros:
- Reportes Operativos

Especifique: \_\_\_\_\_

**INTEGRIS Health debe de hacer entrega de mis registros a:**

Nombre del Recipiente:	Número de Teléfono del Recipiente:
Dirección del Recipiente:	Fax del Recipiente (solo para el cuidado médico):

**¿En qué formato preferiría sus registros? (Marque como corresponda)**

Papel CD      Disco (CD) de Radiología (para imágenes)      Portal (debe elegir el portal como método de entrega)

**¿Cómo prefiere que se le enviemos sus registros?**

Dirección de Domicilio Fax      Portal (<https://www.integrisandme.com>)      Presentarse en Persona:

Correo Electrónico/e-mail (Limitaciones dependiendo del tamaño del archivo) \_\_\_\_\_

Ubicación para retirar: \_\_\_\_\_

**Por Favor Escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:**

<i>Patient Label</i>
Patient Name:
MRN:
DOB:



<b>Nombre del Paciente o Representante (en letra de imprenta)</b>	<b>Vínculo con el Paciente (en letra de imprenta)</b>
<b>Firma del Paciente o Representante</b>	<b>Fecha/Hora</b>

**Envíe el formulario completo a:**

<b>INTEGRIS HIM Department</b> <b>3366 NW Expressway, Bld D Ste. C20</b> <b>Oklahoma City, OK 73112</b>	<b>Fax: (405) 552-8704</b>
	<b>Email: HealthInfoManagement@integrisok.com</b>
	<b>Preguntas? (877) 778-7211</b>

*Pueden generarse cargos asociados al procesamiento cuando procesemos las solicitudes y la producción de registros solicitados de conformidad con lo dispuesto en el Título 45 CFR164.524 (c)(4)*  
*Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad contagiosa o no contagiosa, que puede incluir entre otras Enfermedades como; hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA, y/o puede indicar que tengo o he sido tratada(o) por trastornos psicológicos o psiquiátricos o problemas de abuso de sustancias.*

<i>Patient Label</i>
Patient Name:
MRN:
DOB: