Fecha de finalización:

Solicitud de acceso a la información médica

(Anexo 19)

Como paciente de un proveedor u hospital de University of Miami, lo animamos a pedir y recibir información médica electrónicamente mediante el portal para pacientes https://myuhealthchart.com/mychart/. Para pedir y recibir registros fuera del portal para pacientes, firme y envíe este formulario.

Fecha de la solicitud: _____ Número de expediente médico: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____

Correo electrónico: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Estado: _____

Escriba aquí las fechas solicitadas:	Escriba aquí los nombres de los médicos solicitados:

Marque la casilla aquí para pedir copias del expediente médico por tipo de visita

☐ **Paciente hospitalizado** ☐ **Paciente ambulatorio** ☐ **Emergencia** ☐ **Consultorio médico** ☐ **Operación/procedimiento**

☐ **Todas las visitas (Expediente médico completo)** ☐ **Registros de facturación** *Autorización vigente por 1 año a menos que se revoque por escrito*

☐ **Radiología** ☐ **Laboratorio** ☐ **Vacunas** ☐ Otro: _____

Envíe mis registros por:

☐ **Correo de EE. UU.** *Los registros se entregarán por correo prioritario en la dirección indicada*.

☐ **Correo electrónico** ☐ **Recogida en persona** ☐ **Otro: _____**

☐ **Envío de registros a mi cuenta del portal para pacientes. *Descarga necesaria***

Entiendo que la información que se revelará puede incluir un diagnóstico o una referencia de las siguientes condiciones: servicio de salud conductual/atención psiquiátrica, anemia falciforme, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o consumo de alcohol o drogas.

A partir del 1 de mayo de 2020, no hay costo por las copias del expediente médico de Uhealth que se proporcionen por las solicitudes del paciente.

_____ _____ _____a. m./p. m.

Firma del paciente o representante personal Fecha Hora

_____

Si es representante personal, autoridad para actuar en nombre del paciente/Relación con el paciente

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

P: 305.243.5272 uchartecopy@med.miami.edu **F:305.243.5274**

REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION - SPANISH

Form D3900018S
Revised 11/19/24

Patient Identification Sticker