

- AtlantiCare Regional Medical Center
- AtlantiCare Behavioral Health
- AtlantiCare Health Services
- AtlantiCare Surgery Center
- AtlantiCare Physicians Group
- Otro \_\_\_\_\_



\*562\*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del paciente.: \_\_\_\_\_

N.º de exp. médico (si se conoce): \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE

**Tenga en cuenta que: pueden aplicarse cargos. La falta de pago de la factura puede dar lugar al envío a una agencia de cobros.**

Solicito una copia de mi información médica del centro de salud arriba indicado para el período comprendido entre el \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_  
 (“Presente” equivale a la fecha de la firma).

### INFORMACIÓN ESPECÍFICA A DIVULGAR: (Marque las casillas de los puntos a divulgar).

\*Como se define en N.J.S.A. 2A:84A-22.18, los servicios de salud reproductiva hacen referencia a todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o de derivación relacionados con el sistema reproductor humano, incluidos, entre otros, los servicios de atención relacionados con el embarazo, la anticoncepción o la interrupción del embarazo.

- |  |   |   |                                       |   |
|--|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico | <input type="checkbox"/> Expediente médico completo   | <input type="checkbox"/> Notas clínicas                 | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Informes de consulta             |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta              | <input type="checkbox"/> Electroencefalograma (EEG), electrocardiograma (EKG), prueba de esfuerzo | <input type="checkbox"/> Notas de la sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Endoscopia   | <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Vacunas                       | <input type="checkbox"/> Facturas detalladas  | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio        | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos             |
| <input type="checkbox"/> Informes patológicos          | <input type="checkbox"/> Placas radiográficas/informes  | <input type="checkbox"/> Otro _____                     |                                       |   |

**\*DIVULGACIÓN SOLO PARA EL PACIENTE: No utilice este formulario si solicita información relacionada con cualquier prueba, diagnóstico y/o tratamiento de las afecciones que se indican a continuación Y nos da instrucciones para que se envíe esta información a un tercero. Utilice en su lugar una Autorización para divulgar información médica o un formulario similar.**

- VIH/SIDA\*     Trastorno por consumo de alcohol/sustancias\*     Salud mental/rehabilitación\*     Servicios de salud reproductiva\*

### FORMATO DE DIVULGACIÓN: (Seleccione la casilla para indicar cómo desea recibir la información.)

- Recoger (se requiere identificación)     Revisar e inspeccionar     Correo de EE. UU. (en papel)     Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 CD (Formato PDF seguro)     Fax (NO SEGURO)\*\*     Otro \_\_\_\_\_

(Especifique)

**\*\*Si elige que su información médica se transmita de forma NO SEGURA (es decir, sin cifrar), AtlantiCare no será responsable de la notificación de violación ni de las divulgaciones que sucedan en tránsito utilizando métodos potencialmente no seguros.**

RECEPTOR: Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona u organización: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_  
 (si corresponde)

**En caso de divulgaciones a terceros destinatarios, AtlantiCare no se responsabiliza de lo que suceda con esta información médica una vez que el tercero designado reciba la información según lo indicado por el paciente en esta solicitud.**

## FIRMAS

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (si el paciente no puede firmar debido a su condición física o edad, complete lo siguiente): \_\_\_\_\_

El paciente es menor de edad o no puede firmar la autorización porque: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma  
 (Padre/madre/tutor autorizado por la ley estatal para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente).

Relación \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Se dio el consentimiento oral: \_\_\_\_\_

Firma del empleado