

¿Sabía que usted puede ver parte de su historia médica en internet a través de MyChart? Para obtener más información, vaya a <https://mychart.conehealth.com/MyChart/>. Si desea una copia de su historia médica, por favor complete el siguiente formulario.

Soy un paciente de Cone Health y mi información se encuentra a continuación:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Últimos 4 dígitos de su número de seguro social: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

Entiendo que si solicito que mi historia médica sea enviada por correo electrónico o por fax, lo cual no se considera seguro, la información sobre mi salud podría ser vista por alguien que no sea yo.

Me gustaría que Cone Health (seleccione una): _____ me dé una copia de la información de mi salud envíe mi historia médica a:

(Nombre de la instalación, persona, compañía) (Calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)_____
(Número de teléfono) (Número de Fax)_____
(Dirección de correo electrónico)

Me gustaría la historia médica enviada desde un: _____ **HOSPITAL DE CONE HEALTH**
_____ **GRUPO DE PRÁCTICA MÉDICA DE CONE HEALTH** _____

Quisiera la historia médica de la siguiente fecha de servicio: _____**Quiero estas partes de mi historia médica:**

| | | |
|--|---|--|
| Hospital (marque todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Resumen del hospital <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe de Emergencia <input type="checkbox"/> Historia y examen físico <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología/rayos-x <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Historia médica completa <input type="checkbox"/> Factura detallada | Oficina/clínica (marque todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Resumen del consultorio/clínica <input type="checkbox"/> Visitas del consultorio <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Historia médica completa <input type="checkbox"/> Factura detallada | Salud Mental/Abuso de sustancias (marque todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Resumen del hospital/alta hospitalaria <input type="checkbox"/> Evaluaciones <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Historia médica completa (Sin incluir las notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> Factura detallada |
|--|---|--|

Quiero esta historia médica en (seleccione una): _____ **Quiero que usted los (seleccione una):** _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> USB/CD (<i>disco compacto</i>) | <input type="checkbox"/> Envíe por correo |
| <input type="checkbox"/> cargar a cuenta de MyChart | <input type="checkbox"/> Prepare para ser recogidos por: _____ |
| <input type="checkbox"/> Copia en papel | <input type="checkbox"/> Envíe por Fax a: _____ |

Como alternativa, puede programar una cita con la oficina de su médico para ver su historia médica en persona. Por favor tenga en cuenta que se puede tomar hasta 30 días para programar la cita o proporcionar copias.

Firma: _____ Nombre completo en letra imprenta: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario por el paciente. (Es posible que se le solicite una prueba por escrito.)