SOLICITUD DE EXPEDIENTES

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección _____

Núm. De Teléfono: _____ Núm. De Expediente Médico: _____

PROPORCIONAR EXPEDIENTES DE LAS SIGUIENTES ENTIDADES:

☐ TMC Hospital/Rincon Hospital ☐ TMC One ☐ Clínica ambulatoria del hospital: Dolor/Heridas/Sueño/ Terapia Ambulatoria ☐ TMC Cancer Center

EXPEDIENTE HISTÓRICO DE INSTALACIÓN DE TMC HEALTH: ☐ El Dorado Hospital ☐ Palo Verde Hospital ☐ Copperstate OBGYN ☐ TMCOne Obstetrics ☐ Pulmonary Associates ☐ Northwest Neuro ☐ APSU

INFORMACIÓN ESPECÍFICA A DIVULGAR: :

Fechas de servicio: ☐ Desde_____ a _____ O ☐ Todas las fechas de servicio (de los últimos 2 años salvo indicación contraria ☐ Información pertinente (historial y físico, resumen del alta, consultas, notas del proveedor de emergencias, electrocardiograma, Laboratorios y reportes de radiología) ☐ Notas del proveedor de salud ☐ Resumen de alta ☐ Reportes de cirugía ☐ Notas del departamento de emergencias ☐ Expedientes de facturación ☐ Historial y examen físico ☐ Resultados de laboratorio ☐ Reportes de imágenes ☐ Películas de imágenes en CD ☐ Expediente completo (los últimos dos años salvo indicación contraria) ☐ Otro: _____

Autorizo al proveedor a divulgar información relativa a: (marque todo lo que corresponda)

☐ Salud Mental ☐ Abuso de alcohol y/o abuso de drogas ☐ Enfermedades contagiosas, incluyendo VIH y SIDA

Propósito de la solicitud: ☐ A petición del paciente ☐ Continuidad de la atención ☐ Otro:_____

Divulgar información a: ☐ Paciente (mismo/a) ☐ Otro (3ra Persona):_____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Forma y formato: (Marque preferencia) ☐ Papel ☐ CD ☐ USB Drive ☐ Fax ☐ Correo electrónico ☐ Portal MyChart

☐ Llamar para recoger: _____

☐ Enviar por correo a:_____

☐ Correo electrónico: _____ ☐ Cifrado ☐ Sin cifrar*

***Al elegir recibir los expedientes solicitados por vía de correo electrónico sin cifrar, estoy seleccionando un método de transmisión no asegurado y eximo a TMC Health de toda responsabilidad relacionada con la potencial intercepción, exposición no autorizada y/o uso no autorizado de la información transmitida. Iniciales:** _____

Llenar este formulario para solicitar expedientes no garantiza que se apruebe su petición. TMC Health revisará la solicitud de expedientes y responderá ya sea proporcionando los expedientes solicitados en la forma y formato indicados o dando una explicación de la negativa dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud. Al firmar a continuación, me doy por enterado que puede haber un costo razonable por manejo, materiales y gasto postal asociado con la provisión de los expedientes solicitados conforme a la reglamentación federal y estatal aplicable. También reconozco que llenar esta solicitud de expedientes no constituye autorización respecto a la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA por sus siglas en inglés).

PACIENTE O REGRESENTANTE LEGAL **NOMBRE IMPRESO/RELACIÓN CON EL PACIENTE** **FECHA** **HORA**

TMC Health – Health Information Management Department
Dirección: 5301 E Grant Road, Tucson, AZ 85712 **Teléfono:** (520)324-5166 **Fax:** (520)324-1590
Correo electrónico: tmc.medicalrecordsrequest@tmcaz.com **Sitio web:** tmcaz.com/medical-records

Check List Verified
Date:
Initials:

TMC HEALTH

Request for Records
Authorization to Release Protected Health Information