

PETICIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____ Número de expediente médico _____

PROPORCIONE LOS EXPEDIENTES DE LAS SIGUIENTES ENTIDADES:

TMC/Rincon Hospital (solamente registros hospitalarios) TMCOne El Dorado Hospital Palo Verde Hospital
Otra instalación de la red medica de TMC: Copperstate OBGYN TMCOne Obstetrics
 Pulmonary Associates Northwest Neuro Arizona Pediatric Surgery and Urology

INFORMACIÓN ESPECÍFICA A DIVULGAR:

Fechas de servicio: A partir de _____ a _____ O Todas las fechas de servicio (los últimos 2 años a menos que se especifique lo contrario) Información pertinente (incluye historial y físico, informes de alta y otros informes dictados, ECG, análisis de laboratorio e informes de radiología)

Notas del proveedor Resumen del alta Reporte operativo Notas de la sala de emergencias
 Historial y examen físico Resultados de laboratorio Reportes de imágenes Película de imágenes en CD
 Todos los expedientes (los últimos 2 años a menos que se especifique lo contrario) Otros: _____

Autorizo al proveedor a divulgar información relativa a: (marque todas las que correspondan)

Salud mental Abuso de alcohol y/o drogas Enfermedades contagiosas, incluyendo VIH y SIDA

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

Divulgar información a: Paciente (Sí mismo) Otro(Atercero): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Manera y formato: (marque su preferencia) Papel CD Memoria USB Portal MyChart Correo electrónico

Llamar para recoger: _____

Enviar por correo postal a: _____

Correo electrónico: _____ Encriptado Sin encriptación*

***Al elegir recibir los expedientes peticionados por correo electrónico sin encriptación, reconozco la selección de un método de transmisión no seguro y libero a TMC Health de toda responsabilidad relacionada con la posible interceptación, divulgación no autorizada y/o uso no autorizado de la información transmitida. Iniciales: _____**

Al completar este formulario de petición de expedientes no se garantiza la aprobación de su petición. TMC Health revisará la petición de expedientes y responderá proporcionando los expedientes solicitados en la manera y el formato indicado o brindando una explicación de la denegación dentro de los treinta (30) días después de recibir esta petición. Al firmar a continuación, reconozco que pueden aplicarse costos razonables a la mano de obra, el suministro y los gastos de envío asociados con la entrega de los expedientes solicitados según las regulaciones federales y estatales aplicables. También reconozco que al completar esta petición de expedientes no constituye una autorización de la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA por sus siglas en inglés).

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE/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

MR-6882 (10/24)



Check List Verified

Date:

Initials:



Petición de expedientes

Autorización para divulgar información médica protegida