

**Complete todas las secciones para no demorar su solicitud.  
Solicitud de información médica del paciente**

**Información del paciente (impresión)**

Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al anterior):					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono:		Correo electrónico (opcional):	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

**¿Qué expedientes médicos desea? (Marque los casilleros apropiados a continuación):**

**\*REQUERIDO: DE QUÉ HOSPITAL O CLÍNICA/MÉDICO RECIBE EL ALTA:** \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Registros de facturación       Visita clínica       Resumen de alta  
 Expedientes médicos de la sala de urgencias       Expedientes médicos operatorios o de procedimientos  
 Resultados de pruebas (radiografías, resultados de laboratorio/patología) Especifique: \_\_\_\_\_  
 Otros (Registros de vacunación, listas de medicamentos) Especifique: \_\_\_\_\_

**¿Cómo desearía que se le entreguen sus expedientes médicos?**

- En papel  
      Por correo  
      Retirarlos personalmente  
 Electrónicamente (correo electrónico, USB, CD, portal, otros) Especifique: \_\_\_\_\_

**¿A dónde desea que se envíe la información? (Complete los casilleros a continuación):**

SCL Health debe proporcionar mis expedientes médicos a:

- Mí mismo     Representante personal (indicado a continuación)     Otro tercero designado

Nombre del receptor:	Teléfono del receptor:
	Fax del receptor:
Dirección postal del receptor:	Correo electrónico del receptor (si corresponde):

**Escriba su nombre en impresión y firme abajo:**

Nombre del paciente o representante personal (en impresión)	Relación (en impresión)
Firma del paciente o del representante personal	Fecha/Hora

**Envíe el formulario completo a:**

<b>Divulgación de la información centralizada</b> <b>SCL Health</b> <b>3655 Lutheran Parkway, Suite 304</b> <b>Wheat Ridge, CO 80033</b>	<b>Correo electrónico: <a href="mailto:CROI@sclhealth.org">CROI@sclhealth.org</a></b> <b>Teléfono: 303-467-4046 • Fax: 303-467-8966</b>
	<b>¿Preguntas?</b>

*SCL Health reconoce el derecho del paciente de acuerdo a la ley HIPAA de acceder a copias de su información médica. Puede haber cargos asociados al procesamiento de la solicitud y la producción de los expedientes médicos solicitados.*



Patient Request for Health Information (Spanish)

EH-FR-MR-4001-0321-SCLHS

PATIENT INFORMATION

Place label here.  
Scanning does NOT work if label is  
outside this guide.