

Derecho del paciente a solicitar el acceso a los expedientes médicos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Escribo para solicitar copias de mi expediente médico de Memorial Hermann Health System.

Las fechas de mi tratamiento son desde: _____ hasta: _____

Release Format (please select one):

- Papel (se enviará por correo postal a la dirección antes indicada)
 Disco compacto (CD) (se enviará por correo postal a la dirección antes indicada) Descarga desde el portal
 Número de fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Items to be sent to me:

- Expediente médico completo Sala de emergencias Informes de radiología
 Resumen/información relevante Historia clínica y examen físico Estudios cardiacos
 Informe operativo/de procedimiento Laboratorio Informes de consulta
 Resumen del alta Resumen de codificación Otro: _____

Comprendo que las siguientes tarifas aplicables se cargarán por la producción de los registros, pero no se me cobrará por el tiempo empleado para encontrar los registros:

- Correo electrónico, fax o descarga desde el portal: \$6.50
- CD: \$6.50 más la tarifa plana por costos de envío de USPS Priority
- Papel (si el total de páginas es inferior a 1000): \$6.50 más la tarifa plana por costos de envío de USPS Priority
- Papel (si el total de páginas es superior a 1000): Costo de la tarifa básica de \$.0067 por página más la tarifa plana por costos de envío de USPS Priority.

Para enviar este formulario por correo, por favor diríjalo a la siguiente dirección:

Memorial Hermann Release of Information Department
7737 SW Freeway C94
Houston, Texas 77074

a. m.
 p. m.

Firma del paciente o tutor

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

**MEMORIAL
HERMANN**
**Patient Right To
Access Request
For Medical Records**



Changes submitted
on or before
1-18-22