



**Solicitud del paciente para transferir su expediente médico a otro proveedor de atención médica**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Las fechas de mi tratamiento son desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Envíe mi expediente por fax a:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Envíe lo siguiente:

- Resumen del expediente médico
- Sala de emergencia
- Reportes de radiología/diagnóstico por imágenes
- Informe operatorio/de procedimiento
- Resultados de laboratorio
- Estudios del corazón
- Antecedentes y reconocimiento médico
- Resumen del alta
- Otros \_\_\_\_\_

El Departamento de Divulgación de Información no procesa solicitudes de estudios de diagnóstico por imágenes. Llame al (713) 778-2545 para estas solicitudes.

\_\_\_\_\_  a. m.  
 \_\_\_\_\_  p. m.  
 Firma del paciente o tutor      Nombre en letra de imprenta      Relación con el paciente      Fecha      Hora



Patient Request To Have Medical Records Transferred To Another Health Care Provider

