



Formulario de Health Navicent



Título: Z26187 Solicitud de Acceso del Paciente

Soy paciente de Navicent Health y mi información se detalla a continuación.:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Últimos 4 números de SSN: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en las Pautas para el Correo Electrónico con Pacientes, publicado en Navicenthealth.org.

Me gustaría que _____ (elija uno):
(nombre instalación o consultorio)

Me diera una copia de mi información de salud, o

Envíe mis registros a:

(Nombre de la Instalación, Persona, Empresa)

(Número de Teléfono)

(Dirección o Apartado de Correos, Ciudad, Estado, Código Postal)

(Dirección de Correo Electrónico)

(Número de Fax)

Me gustaría que estas fechas de servicio sean publicadas: Fecha(s) de Servicio: ___/___/___ hasta ___/___/___

Quiero estas partes de mi registro:

- Historial y físico
- Registro de Emergencia
- Informes Operativos
- Informes de Radiología
- Consultas
- Centro/Clinica de Salud
- Registros de Rehabilitación Ambulatorios
- Registro de Atención Urgente
- Resumen de Alta
- Registros de Hospicio
- Registros de Salud Mental
- Informes Cardiovasculares
- Notas de Oficina/Progreso
- Informes de Laboratorio/Patología
- Tratamiento de Abuso de Drogas/Alcohol **
- Registro Completo
- Cuenta detallada
- Otros _____

**** Los registros protegidos por 42 CFR Parte 2 no se pueden volver a divulgar sin mi consentimiento adicional por escrito**

Quiero estos registros como (Elija uno):

- CD
- Correo Electrónico
- Copia en Papel

Quiero que envíe los registros por (Elija uno):

- Correo
- Correo Electrónico Seguro
- Fax _____
- Prepararse para ser recogido por: _____

Firma: _____ Nombre en Letra de Imprenta: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar esto por el paciente. (Se puede solicitar evidencia por escrito)

DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETADO EN PERSONA, POR CORREO, POR CORREO ELECTRÓNICO O POR FAX		
Correo Electrónico	Correo	Fax
MedicalRecordsROI@NavicentHealth.org	Navicent Health Attn: Release of Information 777 Hemlock St. MSC# 148 Macon, Georgia 31201	(478) 633-7818

