



Navicent Health Form



Title: Z26187 Patient Request for Access (Spanish) RHNH

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:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y físico | <input type="checkbox"/> Registro de Emergencia | <input type="checkbox"/> Informes Operativos | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Centro/Clinica de Salud | <input type="checkbox"/> Registros de Rehabilitación Ambulatorios | <input type="checkbox"/> Registro de Atención Urgente |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Registros de Hospicio | <input type="checkbox"/> Registros de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Informes Cardiovasculares |
| <input type="checkbox"/> Notas de Oficina/Progreso | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio/Patología | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Abuso de Drogas/Alcohol ** | |
| <input type="checkbox"/> Registro Completo | <input type="checkbox"/> Cuenta detallada | <input type="checkbox"/> 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	Fax
Rehabilitation Hospital NH HIM Department Attn: Release of Information 3351 Northside Dr. Macon, Georgia 31210	(478) 201-6542

