UTHealth East Texas

PATIENT REQUEST FOR HEALTH INFORMATION - SPANISH

UTT-PDF-7075S 4-2025

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)

Nombre del paciente			
Domicilio			
Ciudad/Estado/Código postal			
Fecha de nacimiento	/ /	**Número de teléfono**	

¿CUÁLES EXPEDIENTES SOLICITA?

Entiendo que dicha información pudiera incluir información que corresponda a: SIDA, VIH, diagnósticos/tratamientos de abuso de drogas o alcohol; salud mental, conductual o psiquiátrica

☐ Resumen (notas del médico, expedientes de la sala de urgencias, resultados de los análisis, operaciones)			☐ Informes de laboratorio ☐ Otro
☐ Resumen de dada de alta Historial/Físico	☐ Expedientes de la sala de urgencias ☐ Informe(s) de operación	☐ Informes de radiología ☐ Imágenes de radiología	

Fecha(s) de prestación del(de los) servicio(s):

¿CÓMO QUIERE QUE SE LE ENTREGUEN SUS EXPEDIENTES?

☐ Impresos:	☐ Pasaré a buscarlos en persona	☐ Enviarlos por correo a casa (la dirección se encuentra a continuación)
☐ CD:	☐ Pasaré a buscarlos en persona	☐ Enviarlos por correo a casa (la dirección se encuentra a continuación)
☐ Correo electrónico:	Pido que me envíen una copia electrónica por correo electrónico a la dirección siguiente: _____ **ADVERTENCIA: Entiendo que existe un nivel de riesgo de que un tercero pudiera leer u obtener acceso de otra manera a mi información médica protegida [PHI por sus siglas en inglés] al enviarla y acepto recibir mi PHI por correo electrónico, sin encriptarla, en la dirección de correo electrónico que se indica más arriba. Mi fi rma indica que entiendo y acepto el riesgo.** _____ **(Firma del paciente)**	
☐ MyChart	☐ Otro	

FAVOR DE MARCAR LA CASILLA DEL CENTRO CLÍNICO DONDE RECIBIÓ EL TRATAMIENTO

UT Health Athens Hospital	UT Health Rehab Hospital	UT Health Rural Health Clinic Carthage
☐ UT Health Behavioral Health (BHC)	☐ UT Health Specialty Hospital	☐ UT Health Rural Health Clinic Grand Saline
☐ UT Health Carthage Hospital	☐ UT Health South Broadway	☐ UT Health Rural Health Clinic Henderson
☐ UT Health Cedar Creek Lake	☐ UT Health Tyler Hospital	☐ UT Health Rural Health Clinic Jacksonville
☐ UT Health Henderson Hospital		☐ UT Health Rural Health Clinic Mineola
☐ UT Health Hope Cancer Center	☐ UT Health Clinics: **Favor de apuntar el nombre del médico y la ciudad.**	☐ UT Health Rural Health Clinic Mt Pleasant
☐ UT Health Jacksonville Hospital		☐ UT Health Rural Health Clinic Pittsburg
☐ UT Health North Campus Hospital		☐ UT Health Rural Health Clinic Quitman
☐ UT Health Pittsburg Hospital		☐ UT Health Rural Health Clinic Rusk
UT Health Quitman Hospital		

¿A DÓNDE QUIERE QUE LE ENVIEMOS SUS EXPEDIENTES?

Favor de aportar mis expedientes a:	☐ Mí mismo	☐ Mi representante personal (que se indica a continuación):
Nombre del destinatario:		Nº de teléfono del destinatario:
Ubicación del destinatario:	Ciudad, estado, código postal del destinatario:	Fax o correo electrónico del destinatario:

El centro clínico que se marca más arriba reconoce el derecho del paciente conforme a la ley HIPAA de obtener acceso a copias de su información médica. Pudiera haber cobros correspondientes al procesamiento de la solicitud y al proporcionar los expedientes que se solicitan.

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o tutor legal

Relación o parentesco con el paciente, si no es usted mismo (adjunte los documentos legales debidos)

THIS DOCUMENT IS NOT PART OF THE LEGAL MEDICAL RECORD.