



\*ROI\*

**Patient Information (Please Print)**

First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Name at Time of Treatment (if different than above): \_\_\_\_\_

Date of Birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ E-mail (optional): \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**I am requesting my records from:**

 Facility Name: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 City/State Zip: \_\_\_\_\_

**What records do you want? (Check appropriate boxes below):**  
 Date(s) of Service: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ through \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Progress Notes     Emergency Room Record     Discharge Summary     History and Physical  
 Consultation(s)     Lab Reports     Pathology Report     Operative Note(s)     Imaging/X-Ray Films  
 Imaging/X-Ray Reports     Entire Record     Fetal Heart Monitor Strips  
**Sensitive Information:**     Alcohol Abuse     Drug Abuse     Communicable diseases, including HIV status  
 Genetic Testing     Psychiatric/Behavioral Diagnoses  
 Other (specify) \_\_\_\_\_

**How would you like your records delivered?**  
 Paper  
 Electronic:     Email (I understand that there is a risk to me when my information is transmitted via an unsecured e-mail system, and the information could be accessed by a third party during the transmission process. By checking the box to request Email delivery I accept this risk.)  
                            USB or CD  
                            Password Protected     Not Password Protected  
 Mail to address below     I will pick up in person

**If mailing, where do you want the information sent? (Fill in boxes below):**  
 Please provide my records to:     Myself     Personal Representative (indicated below)     Other Third Party

 Recipient Name: \_\_\_\_\_ Recipient Phone: \_\_\_\_\_  
 Recipient Fax: \_\_\_\_\_

Recipient Mailing Address: \_\_\_\_\_ Recipient E-mail (if applicable): \_\_\_\_\_

**Please print your name and sign below:**

Name of Patient or Personal Representative (please print)	Relationship (please print)

Patient's Signature or Legal Representative	Date/Time

Relationship to Patient / Authority to Act on Patient's Behalf	Interpreter, if Utilized	Date/Time

Witness Signature	Date/Time

*This Healthcare Facility recognizes a patient's right under HIPAA to access copies of his/her health information. There may be charges associated with processing a request and producing requested records.*

Patient Label



\*ROI\*

<b>Información del paciente (en letra de imprenta)</b>			
Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono:	Correo electrónico (opcional):
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
<b>Estoy solicitando mis registros de:</b>			
Nombre del centro:		Correo electrónico:	
Dirección del centro:		Fax:	
Cuidad, estado, código postal:			
<b>¿Qué expedientes desea? (Marque las casillas adecuadas a continuación):</b>			
Fecha(s) de servicio: ___/___/___ hasta ___/___/___			
<input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Expediente de sala de emergencias <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historia y físico <input type="checkbox"/> Consulta(s) <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Nota(s) quirúrgica(s) <input type="checkbox"/> Imagenología/Radiografías <input type="checkbox"/> Imagenología/Radiografías <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Tiras de frecuencia cardiaca fetal <b>Información sensible:</b> <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas, incluido el estado de VIH <input type="checkbox"/> Prueba genéticas <input type="checkbox"/> Diagnósticos psiquiátricos o conductuales <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____			
<b>¿Cómo le gustaría recibir sus expedientes?</b>			
<input type="checkbox"/> Impresos <input type="checkbox"/> Forma electrónica: <input type="checkbox"/> Correo electrónico (Entiendo que me pongo en riesgo cuando mi información se transmite a través de un sistema de correo electrónico no seguro, y un tercero puede acceder a la información durante el proceso de transmisión. Al marcar la casilla para solicitar el envío por correo electrónico, acepto este riesgo). <input type="checkbox"/> USB o CD <input type="checkbox"/> Protegido por contraseña <input type="checkbox"/> Sin protección por contraseña <input type="checkbox"/> Por correo a la siguiente dirección <input type="checkbox"/> Los recogeré en persona			
<b>En caso de que se envíen por correo, ¿a dónde quiere que se envíe la información? (Rellene los cuadros a continuación):</b>			
Entreguen mis expedientes a: <input type="checkbox"/> Mí mismo <input type="checkbox"/> Representante personal (se indica a continuación) <input type="checkbox"/> Otros terceros			
Nombre del destinatario:		Teléfono del destinatario:	
		Fax del destinatario:	
Dirección postal del destinatario:		Correo electrónico del destinatario (si corresponde):	
<b>Coloque su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:</b>			
Nombre del paciente o representante personal (en letra de imprenta)		Relación (en letra de imprenta)	
Firma del paciente o del representante legal		Fecha/Hora	
Relación con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente		Intérprete, si se utilizó	Fecha/Hora
Firma del testigo		Fecha/Hora	
<i>Este centro de atención médica reconoce el derecho del paciente, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), para acceder a copias de su información de salud. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los expedientes solicitados.</i>			

Patient Request for Health Information (SP) (iPDF)

HIM-1406S 04/18 (Rev. 08/18, 01/20, 02/20) Page 1 of 1

Patient Label