



Solicitud de mi Información médica protegida o la de mi hijo.

9300 Valley Children's Place, Madera, California 93638-8762

Número telefónico: 559-353-5414 Fax: 559-353-5418

Con la presente, solicito información sanitaria específica para el paciente identificado a continuación:

_____ (____) _____
Nombre del paciente **Fecha de nacimiento** **Número telefónico**
Dirección de correo electrónico: _____

Yo, solicito la siguiente información sanitaria específica, en la medida que dicha información o la historia clínica existan. Por favor, indique qué información sanitaria desea solicitar:

Tipo de datos sanitarios	<input checked="" type="checkbox"/> Señale el que corresponda	Fecha de los datos solicitados
Historia médica y exploración física (al ingreso)		
Informe de la Sala de Urgencia		
Informe de alta		
Consultas		
Informes sobre operaciones		
Resumen de consultas en las clínicas		
Informes de pruebas diagnósticas		
Informes de Radiología		
Registros de cuentas de cobro		
Radiografías e imágenes diagnósticas		
Diapositivas de Patología		
Lista de consultas		
Información pertinente		
Otro:		

Solicito esta información a través de: MyChart CD impresa en papel
 Fax: _____ Correo electrónico protegido Correo electrónico no protegido
 Vía electrónica a mi aplicación _____

Fecha: _____ Hora: _____ mañana o tarde

Firma del paciente o del representante legal: _____

Parentesco legal con el paciente: _____

Release of Information Staff Signature: _____

Identification Verified Yes