



Health Solutions West
Medical Records
515 28 3/4 Road
Grand Junction, CO 81501
Teléfono: (970) 683-7252

SOLICITUD PARA ACCESO DE REGISTROS

\*\*Esta forma debe ser completada por un paciente/cliente, o persona legalmente autorizada para actuar en nombre del cliente, cuando están solicitando acceso a sus propios registros médicos o clínicos.\*\*

Fecha: # ID Del Cliente:
Nombre del Cliente: Fecha de Nacimiento:
Dirección de Envió: Código Postal:
Número de Teléfono: Correo Electrónico:

Deseo obtener acceso a los siguientes tipos de registros:

- Hospital West Springs Solo Medico (Manejo de medicamento, Evaluación Diagnostica)
Transiciones en West Springs Solo Clínico (Actualización de una Evaluación, terapia, notas DAP)
Clínica Health Solutions West Facturación/ Financiamiento
Otro Todos los Registros

Fechas de los servicios solicitados: Desde: Hasta:

Esta es una solicitud fija para recibir actualizaciones en mis registros, válida por 6 meses:
(Entiendo que debo notificar al departamento de Registros Médicos para recibir mis registros)

Por favor de una breve explicación de su solicitud:

Cuando se le haya concedido acceso a sus registros, como le gustaría recibirlos?

En Persona Correo Certificado Unidad de Memoria USB Cifrada Correo Electrónico Cifrado

Enviarlos a otra persona:
(Usted debe que llenar una Autorización para esta opción!)

Entiendo que en dadas circunstancias puede ser negada la habilidad de inspeccionar u obtener mis registros por completo o en parte, por riesgo potencial a mi o alguien más, o por razones permitidas legalmente. El departamento de Registros Médicos me informara por escrito cualquier decisión tomada para esta solicitud incluyendo tarifas, la razón por la negación ha acceso, y cualquier proceso de revisión alque tengo derecho.

Firma del Solicitante: Relación al cliente:

Nombre por Escrito:

Horas de Procesamiento para Solicitudes de Registros: Lunes a Viernes 8:30-4:30
\*Por favor permita hasta 30 días para el procesamiento de sus registros médicos\*