

## Solicitud de información de salud por parte del paciente

### Información del paciente (escriba en letra de imprenta)

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Nombre al momento del tratamiento (si difiere del anterior)			
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

### ¿Qué registros desea solicitar? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

Fecha(s) del servicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

- Resumen de alta     
  Registros de la sala de emergencias     
  Informes operativos/sobre procedimientos  
 Resultados de pruebas (radiografías, resultados de laboratorio/patología). Especifique: \_\_\_\_\_  
 Otros (registros de vacunación, listas de medicamentos). Especifique: \_\_\_\_\_

### ¿Cómo desea que se le entreguen sus registros?

- En papel     
  En formato electrónico (CD)  
 Entrega a domicilio     
  Retiro en persona

### ¿A dónde desea que le enviemos la información? (Complete las casillas a continuación):

#### Deseo que Cleveland Clinic Martin Health envíe mis registros a:

Nombre del destinatario:	Teléfono del destinatario:
Dirección postal del destinatario:	Fax del destinatario:

### Escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:

Nombre del paciente o del representante personal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o del representante personal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_