

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: _____