

## Instrucciones para la forma de solicitud de registros

### ■ Información del paciente:

- La información es de la persona para quien los registros están siendo solicitados. Nombre, dirección, fecha de nacimiento y género son requeridos. La información de contacto telefónico y el número de ID del seguro serán útiles.

### ■ Registros médicos solicitados:

- Marque la primera casilla para resultados de pruebas de laboratorio recolectadas o dejadas hoy.
- Si se están solicitando registros menos recientes, proporcione los más detalles posibles acerca de los registros. Indique el nombre del médico solicitante, ciudad y estado, así como el mes y el año en que se hicieron las pruebas.

### ■ Método de transmisión:

Si los registros están siendo enviados a alguien diferente a usted, por favor introduzca el nombre de la persona que recibe los registros.

Los registros pueden ser enviados a usted en varias diferentes formas:

- Por favor indique su forma preferida para recibir los registros.
- Proporcione la información de contacto adecuada para el formato que usted elige.

### ■ Firma:

Todas las solicitudes deberán ser firmadas y con fecha. Si la persona que solicita los registros no es el paciente, por favor indique qué relación hay entre el solicitante y el paciente. Los padres o tutores legales pueden obtener y/o autorizar la liberación de información de salud protegida del registro médico de su niño (a), si el niño es de 17 años o menor. Las personas de más de 17 años deberán autorizar la liberación de su propia información.

Los tutores legales o representantes personales deberán proporcionar documentación por escrito para probar la autoridad para acceder a los registros.

### ■ Identificación:

Esta forma puede ser dejada en el Centro de Servicio al Paciente (CPL) de Clinical Pathology Laboratorios. Por favor proporcione una identificación válida con fotografía para acelerar el proceso. Alternativamente, la forma puede ser enviada por correo regular o por fax al CPL junto con una copia de dos formas de identificación (Licencia de manejo o tarjeta de identificación estatal, tarjeta del seguro, identificación militar, tarjeta del seguro social, pasaporte, tarjeta de identificación de US Tribal o Bureau of Indian Affairs, certificación de ciudadanía —N560, tarjeta de autorización del empleado). Vea la parte inferior de la forma para la presentación de la información.



# CLINICAL PATHOLOGY LABORATORIES

A Sonic Healthcare Clinical Laboratory

## FORMA DE NO PORTAL DE SOLICITUD DE REGISTRO

(Instrucciones al reverso)

### 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Accession

*Nombre - Apellido	*Primer nombre	MI
Otros nombres para buscar (nombre de soltero (a), sobrenombres, nombres anteriores, etc)		
*Dirección		
I.D. de Seguro		Tel. celular u otro teléfono
*Fecha de Nacimiento		*Género
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>

82480

Solicitud de Registro del Paciente  
9200 Wall Street  
Austin, TX 78754

Solo para uso interno

Solicitud de registro 810 del paciente para acceso actual  
(Colocar etiqueta de acceso arriba)

ID de verificación con foto  
 817 Pendiente/orden futura

RR3  
Rev 2022

PSC ID  
Phleb ID

### 2. POR FAVOR INDIQUE LOS REGISTROS MÉDICOS SOLICITADOS:

- Resultados para pruebas de laboratorio recolectadas o dejadas hoy (810)
- Resultados previos especificados abajo (815)

Nombre del médico solicitante	Ciudad y Estado del médico solicitante	Fecha de servicio mes y año

Otros registros, especifique los registros solicitados y fecha de servicio aproximada (815) \_\_\_\_\_

### 3. POR FAVOR SELECCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS PARA TRANSMISIÓN:

Enviar a (Introduzca el nombre si es diferente al de arriba): \_\_\_\_\_

\*Por (por favor marque uno):

- Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Número de fax: \_\_\_\_\_
- Correo (introduzca la dirección si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Mi firma abajo autoriza a Clinical Pathology Laboratories (CPL) a revelar los registros que contienen Información de Salud Protegida (PHI) que he solicitado:

#### 4. \* Firma

#### \* Fecha

\*Relación:  Yo  Padre  Tutor legal (Mostrar prueba)  Representante personal (Mostrar prueba)

\*Nombre impreso: \_\_\_\_\_

\*Iniciales: \_\_\_\_\_

### PARA INFORMACIÓN O PARA PRESENTAR FORMA:

Clinical Pathology Laboratories  
PO Box 144193  
Austin, TX 78714-4193

teléfono: (844) 280-8484 (gratuito)  
fax: (844) 456-2264  
email: patientrecords@cpplabs.com

Visite: www.cpplabs.com

Verificación de información del paciente

Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Para cada uso con 817

Para la seguridad del paciente, cualquier cambio de información requiere que se complete una nueva forma.

\*Indica información REQUERIDA