



DukeHealth

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES EXTERNOS

Place Patient Label Here

- Duke University Hospital Duke Raleigh Hospital Duke Regional Hospital
- Duke Ambulatory Surgical Center Otro _____

ESTE FORMULARIO **SOLAMENTE** SE DEBE USAR CUANDO SE SOLICITE INFORMACION MEDICA POR PARTE DE UNA

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES EXTERNOS

SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico** _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ **#de SS (últimos 4 dígitos):** _____ **# de expediente médico:** _____

SECCION B: INFORMACION SOLICITADA POR:

Nombre del profesional de la salud _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico** _____

Fax: _____

SECCION C: PERSONA QUE RECIBIRA LA INFORMACION

Profesional de la salud de Duke

Nombre: _____ **Teléfono** _____ **Correo electrónico** _____

Dirección: _____ **Fax:** _____

SECCION D: INFORMACION A REVELAR (marque todo lo que aplique)
Documentación o información:

<input type="checkbox"/> Reportes (Resumen del alta, Reporte quirúrgico/procedimiento, Radiología, Patología, Laboratorio clínicas, Consultas)	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historial y físico <input type="checkbox"/> Reporte de consultas <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de patología	<input type="checkbox"/> Reportes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Reporte de la sala de emergencia	<input type="checkbox"/> Citas (especifique clínica/médico) _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Estados de cuenta
--	--	---	---

Fechas de tratamiento:

- Desde _____ hasta _____ (especifique fecha exacta) Todas las fechas de tratamiento

SECCION E: REVISION Y APROBACION

El propósito de ese formulario es para la continuidad del cuidado médico, al menos que se indique lo contrario: _____

Comprendo que la información a ser liberada puede incluir datos confidenciales relacionados a diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas y de abuso de drogas o alcohol. Específicamente apruebo la divulgación de la información que ha sido indicada como confidencial y/o restringida (indique todo lo que aplique):

- Salud mental y de comportamiento Trastorno de abuso de sustancias Pruebas genéticas

Esta autorización vence automáticamente al año de haber sido firmada a menos que sea revocada o por otra fecha o anotación por escrito a continuación: _____

SECCION F: REPRESENTANTE (complete si el representante personal o autorizado firma)

Nombre completo del representante (letra de molde) Parentesco con el paciente Número telefónico

Si usted no es el paciente o el padre del paciente menor de edad, DEBE adjuntar la documentación que avale su autoridad para representar al