

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Otros apellidos
Dirección electrónica			
Fecha de Nacimiento		Número telefónico de casa:	Número de Celular
Dirección de domicilio:		Ciudad/Estado:	Código Postal:

Solicito una copia de mis registros médicos que se encuentran bajo custodia de Astera Health, con el fin de realizar una revisión personal.

Solicito los registros correspondientes a las **fechas de atención desde:**
 _____ **y** _____.

Por favor, seleccione los documentos que desea solicitar:

<input type="checkbox"/> Registros de la Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico
<input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Informes de Patología	<input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas (ECG, Ecocardiograma, Rayos X, análisis de laboratorio)
<input type="checkbox"/> Vacunas / Medicamentos	<input type="checkbox"/> Notas de Consulta	<input type="checkbox"/> Otros: _____

¿Cómo desea recibir sus registros médicos? Por favor, indique su preferencia a continuación:

<input type="checkbox"/> A través de MyChart	<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro
<input type="checkbox"/> Correo electrónico no seguro*	<input type="checkbox"/> Correo postal de EE. UU. (formato papel)
<input type="checkbox"/> Recogida en persona (llame al 218-631-5231 para programar)	

NOTA: Reconozco que, al optar por recibir mi información médica por correo electrónico en un formato no seguro, dicha información no estará encriptada y podría ser interceptada y vista por terceros. Astera Health no se responsabiliza por el acceso no autorizado a su información médica durante la transmisión al correo electrónico que usted haya indicado anteriormente.

- La solicitud de registros relacionados con el tratamiento de trastornos por uso de sustancias requiere una autorización por separado.
- El paciente no será cobrado por la primera copia de su expediente médico, pero podría aplicarse un cargo por copias adicionales del mismo expediente.
- Si los registros no pueden enviarse por correo electrónico debido a limitaciones de tamaño, se enviarán en formato DVD/CD.

Por favor firme abajo y ponga la fecha

Firma del paciente _____	Fecha _____
Firma del representante legal _____	
Relación con el paciente _____	Fecha _____

Por favor, devuelva el formulario completo a:

Attn: HIM Department

Astera Health

415 Jefferson St. N.,

Wadena, MN 56482

Fax para ROI: 218-631-7571

Astera Health comparte un expediente médico electrónico con CentraCare Health (CCH). CentraCare Health comparte un expediente médico electrónico con organizaciones ajenas a CCH. Autorizar la divulgación de los siguientes elementos: lista de medicamentos, lista de alergias, lista de problemas médicos, datos de inmunización y/o historial médico, implica autorizar su divulgación.