



**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**