

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL**  
**Manejo de Información de Salud**  
**P.O BOX 9020032 SAN JUAN, PR 00902-0032**  
**www. presbypr.com / rmedico@presbypr.com**  
**Teléfono (787) 721-2160 Ext. 6516 / Fax (787) 722-5765**

**SOLICITUD PARA COPIA DE INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

**POR ESTE MEDIO, AUTORIZO AL APCH A DIVULGAR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INDICADO A CONTINUACIÓN:**

Fecha de Servicio \_\_\_\_\_ Tipo de Servicio \_\_\_\_\_

**Información a Solicitar**

**Sección del Expediente a Solicitar:**

\_\_\_ Partes del Expediente para Seguro  
[Hoja de Admisión y Alta, Reporte de Operación, Patología (si aplica)]

\_\_\_ Asunto Legal  
(Expediente completo, enumerado y certificado)

\_\_\_ Expediente completo

\_\_\_ Continuidad de tratamiento  
(Hoja de Admisión y Alta, Reporte de Operación, Patología,  
Consultas, Estudios / Laboratorios, Notas de Progreso, órdenes  
Médicas)

\_\_\_ Otros  
\_\_\_ Desglose de cuenta  
\_\_\_ Certificación de estadía o servicio  
\_\_\_ Formulario para seguro.  
\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**OPCIÓN DE ENTREGA:** \_\_\_ CORREO REGULAR \_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN ALTERNA-SI EL SOLICITANTE NO ES EL PACIENTE, ÉSTE DEBE PRESENTAR UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO FIRMADA POR EL (LA) PACIENTE. SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTO DEL SOLICITANTE.**

**AUTORIZO A \_\_\_\_\_, A RECOGER LA INFORMACIÓN SOLICITADA. PARENTESCO \_\_\_\_\_**  
**DE REQUERIR ESTATUS DE SU SOLICITUD, FAVOR DE COMUNICARSE CON NUESTRO REPRESENTANTE DE HEALTHPORT AL**  
**TELÉFONO # 1-800-367-1500.**

**CERTIFICO QUE HE LEÍDO LA INFORMACIÓN ARRIBA MENCIONADA**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR(A) LEGAL

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL (LA) PACIENTE

**PARA USO OFICIAL**

NÚM. DE RECORD \_\_\_\_\_ COMPLETADO \_\_\_\_\_ NÚM IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ DEPÓSITO \_\_\_\_\_

NÚM RECIBO \_\_\_\_\_ COMENTARIOS: \_\_\_\_\_ FIRMA OFICIAL \_\_\_\_\_

**EL APCH NO GENERARÁ BENEFICIOS PARA TERCERAS PERSONAS NI COMPARTIRÁ INFORMACIÓN DE SUS PACIENTES.**

**CLÁUSULAS Y CONDICIONES:**

Entiendo que el expediente médico está protegido bajo ley federal y estatal y no se puede divulgar información sin mi consentimiento a menos que medie una orden del tribunal. Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Se me ha informado que toda cancelación tiene que ser por escrito y presentada al Departamento de Manejo de Información. La cancelación no aplica a la información que ha sido procesada en respuesta a la solicitud firmada. De esta solicitud no ser revocada o cancelada expirará en (6) meses a partir del momento de la solicitud. El hospital, la facultad médica y sus empleados son eximidos de toda responsabilidad o reclamación legal que pueda surgir por información suministrada a terceros. Estoy de acuerdo que existen cargos para poder procesar las copias de expedientes clínicos, rayos x y laboratorios. El tiempo para el procedimiento de esta solicitud puede tomar 15 días laborables. De no recibir las copias dentro del periodo de tiempo correspondiente, se deberá comunicar al Departamento de Manejo de Información al 787-721-2160, extensión 6516. Puede completar la solicitud por correo electrónico: [www.presbypr.com](http://www.presbypr.com) y enviar completado por correo electrónico a [rmedico@presbypr.com](mailto:rmedico@presbypr.com) o al fax (787) 722-5765.

**ASHFORD PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL**  
**Manejo de Información de Salud**  
**P.O BOX 9020032 SAN JUAN, PR 00902-0032**  
**www. presbypr.com / rmedico@presbypr.com**  
**Teléfono (787) 721-2160 Ext. 6516 / Fax (787) 722-5765**

**SOLICITUD PARA COPIA DE INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

-SÓLO PARA USO DE PERSONAL AUTORIZADO-

Dirección verificada por personal de Healthport:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Email verificado en solicitud por personal de Healthport:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**EL APCH NO GENERARÁ BENEFICIOS PARA TERCERAS PERSONAS NI COMPARTIRÁ INFORMACIÓN DE SUS PACIENTES.**

**CLÁUSULAS Y CONDICIONES:**

Entiendo que el expediente médico está protegido bajo ley federal y estatal y no se puede divulgar información sin mi consentimiento a menos que medie una orden del tribunal. Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Se me ha informado que toda cancelación tiene que ser por escrito y presentada al Departamento de Manejo de Información. La cancelación no aplica a la información que ha sido procesada en respuesta a la solicitud firmada. De esta solicitud no ser revocada o cancelada expirará en (6) meses a partir del momento de la solicitud. El hospital, la facultad médica y sus empleados son eximidos de toda responsabilidad o reclamación legal que pueda surgir por información suministrada a terceros. Estoy de acuerdo que existen cargos para poder procesar las copias de expedientes clínicos, rayos x y laboratorios. El tiempo para el procedimiento de esta solicitud puede tomar 15 días laborables. De no recibir las copias dentro del periodo de tiempo correspondiente, se deberá comunicar al Departamento de Manejo de Información al 787-721-2160, extensión 6516. Puede completar la solicitud por correo electrónico: [www.presbypr.com](http://www.presbypr.com) y enviar completado por correo electrónico a [rmedico@presbypr.com](mailto:rmedico@presbypr.com) o al fax (787) 722-5765.