

MEMORIAL HERMANN

Solicitud del paciente para transferir su expediente médico a otro proveedor de atención médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Escribo para solicitar copias de mi expediente médico de Memorial Hermann Health System.

Las fechas de mi tratamiento son desde: _____ hasta: _____

Envíe mi expediente por fax a:

Nombre del proveedor: _____

Número de fax: _____

Número de teléfono: _____

Envíe lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico | <input type="checkbox"/> Sala de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Reportes de radiología/diagnóstico por imágenes | <input type="checkbox"/> Informe operatorio/de procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Estudios del corazón |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y reconocimiento médico | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

El Departamento de Divulgación de Información no procesa solicitudes de estudios de diagnóstico por imágenes. Llame al (713) 778-2545 para estas solicitudes.

Fecha _____

Firma _____

MEMORIAL
HERMANN

Patient Request To Have Medical Records
Transferred To Another
Health Care Provider

