

# Memorial Hermann Health System

## Patient Right To Access Request For Digital Radiology Images and Reports

Email completed form to Attention: Request for Protected Health Information to OPIDCustomerservice@Memorialhermann.org, or fax (713) 778-2577, or for additional assistance call (713) 778-2545.

**This form is for radiology images and reports only. For medical records requests, please call the Release of Medical Records Department (713) 867- 4335 Monday through Friday, 8am to 4pm.**

Patient Legal Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

I am writing to request copies of my digital images and reports for \_\_\_\_\_ on  
*(please list exam type(s) and body part)*

compact disc (CD) my treatment dates from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_ from the following locations:  
*(month/year) (month/year)*

### Memorial Hermann Locations:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Breast Centers            | <input type="checkbox"/> Hermann - TMC | <input type="checkbox"/> Pearland                    | <input type="checkbox"/> Sugar Land    |
| <input type="checkbox"/> Convenient Care (CCC)     | <input type="checkbox"/> Katy          | <input type="checkbox"/> Rockets Orthopedic Hospital | <input type="checkbox"/> TIRR          |
| <input type="checkbox"/> Outpatient Imaging Center | <input type="checkbox"/> Katy Rehab    | (formerly MHOSH)                                     | <input type="checkbox"/> The Woodlands |
| <input type="checkbox"/> Cypress                   | <input type="checkbox"/> Memorial City | <input type="checkbox"/> Southeast                   | <input type="checkbox"/> All hospitals |
| <input type="checkbox"/> Greater Heights/Northwest | <input type="checkbox"/> Northeast     | <input type="checkbox"/> Southwest                   |  |

For immediate requests, call (713) 778-2545 or visit any outpatient center for additional questions.

**Please note:** All requests will be mailed back to address listed above within 15 days from receipt.

\_\_\_\_\_  
Patient / Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

- AM  
 PM

MEMORIAL  
HERMANN

Patient Right To Access Request For Digital  
Radiology Images and Reports



# Memorial Hermann Health System

## Derecho del Paciente a Acceder a la Solicitud de Imágenes e Informes de Radiología en Formato Digital

Envíe el formulario completado por correo electrónico a la atención de: Request for Protected Health Information al correo electrónico OPIDCustomerService@Memorialhermann.org o por fax al (713) 778-2577, o al (713) 778-2545 para obtener ayuda adicional.

**Este formulario es solo para imágenes e informes de radiología. Para solicitudes de historias clínicas, llame al Departamento de Divulgación de Historias Clínicas al (713) 867 - 4335, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.**

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Le escribo para solicitar copias digitales de mis imágenes e informes para \_\_\_\_\_ en  
*(enumere los tipos de examen y la parte del cuerpo)*

disco compacto (CD) mis fechas de tratamiento del: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_ de las siguientes ubicaciones:  
*(mes/año) (mes/año)*

### Ubicaciones de Memorial Hermann:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centros para la Mama                           | <input type="checkbox"/> Hermann - TMC | <input type="checkbox"/> Pearland                    | <input type="checkbox"/> Sugar Land           |
| <input type="checkbox"/> Convenient Care (CCC)                          | <input type="checkbox"/> Katy          | <input type="checkbox"/> Rockets Orthopedic Hospital | <input type="checkbox"/> TIRR                 |
| <input type="checkbox"/> Centro de diagnóstico por imágenes ambulatorio | <input type="checkbox"/> Katy Rehab    | <input type="checkbox"/> (anteriormente MHOSH)       | <input type="checkbox"/> The Woodlands        |
| <input type="checkbox"/> Cypress  | <input type="checkbox"/> Memorial City | <input type="checkbox"/> Southeast                   | <input type="checkbox"/> Todos los hospitales |
| <input type="checkbox"/> Greater Heights/Northwest                      | <input type="checkbox"/> Northeast     | <input type="checkbox"/> Southwest                   |   |

Para solicitudes inmediatas, llame al (713) 778-2545 o visite cualquier centro para pacientes ambulatorios si tiene preguntas adicionales.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Todas las solicitudes se enviarán por correo a la dirección indicada anteriormente en un plazo de 15 días a partir de la recepción.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

a. m.  
 p. m.

MEMORIAL  
HERMANN

Patient Right To Access Request For Digital  
Radiology Images and Reports

