

Memorial Hermann Health System

Patient Request To Have Digital Radiology Images and Reports Transferred to Another Health Care Provider

Email completed form to Attention: Request for Protected Health Information to OPIDcustomerservice@Memorialhermann.org, or fax to (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 | |

Send my radiology images and reports to:

Name of Provider: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

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 Request To Have Digital Radiology
Images and Reports Transferred to Another
Health Care
Provider



Memorial Hermann Health System

Solicitud del Paciente para Transferir Imágenes e Informes de Radiología en Formato Digital a Otro Proveedor de Atención Médica

Envíe el formulario completado por correo electrónico a la atención de: Request for Protected Health Information al correo electrónico OPIDcustomerservice@Memorialhermann.org o envíe un fax al (713) 778-2577, o llame 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 | |

Envíen mis imágenes e informes radiológicos a:

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

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 Request To Have Digital Radiology
Images and Reports Transferred to Another
Health Care
Provider

