



Emita cheques a nombre de:
JWCH INSTITUTE, INC.

Los registros médicos se pueden solicitar a través de nuestro Portal del Paciente. Visite wesleyhealthcenters.org para registrarse. El Portal del Paciente es solo para uso de pacientes.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS MEDICOS

INFORMACION DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	# DE EXPEDIENTE:	
DOMICILIO:		
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:	CORREO ELECTRONICO:	

YO AUTORIZO: Wesley Health Centers: _____ <i>(Nombre de Clínica)</i> A divulgar mi informacion medica a la persona/ establecimiento indicado/a como solicitante en esta forma.	YO AUTORIZO: PROVEEDOR: _____ a la parte mencionada aqui debajo a usar y/o divulgar cierta informacion protegida de mi/mis hijo/a Wesley Health Centers.
--	---

INFORMACION SOLICITADA
SELECCIONE TODAS LAS CASILLAS QUE SEAN NECESARIAS:
<input type="checkbox"/> Historial Completo <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Otro: _____
Fechas de Servicio: _____ A: _____

INFORMACION DEL SOLICITANTE	
NOMBRE:	SELLO DE CLINICA:
DIRECCION:	
TELEFONO:	
FAX:	

PROPÓSITO DE SOLICITUD
Porfavor seleccione:
<input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Tratamiento Medico <input type="checkbox"/> Verificación de condicion medica <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro: _____
Registros proporcionados pueden contener informacion personal referente a uso/tratamiento de abuso de drogas/alcohol, registros de salud mental, y tratamiento o exámenes de VIH.

FIRMA ES REQUERIDA SI SUS REGISTROS PODRIAN CONTENER INFORMACION PERSONAL SOBRE ESTOS TEMAS DE OTRA FORMA LA INFORMACION PODIRA SER OMITIDA		
<input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol	FIRMA:	FECHA:
<input type="checkbox"/> Registros de salud mental	FIRMA:	FECHA:
<input type="checkbox"/> Examen/Tratamiento VIH	FIRME:	FECHA:

FIRMA	
Si el paciente es menor de edad por favor de mostrar comprobante de relación parental.	
IMPRIMA NOMBRE DE PACIENTE:	FECHA DE FIRMA:
FIRMA:	FECHA DE VENCIMIENTO DE AUTORIZACION: <i>(un año despues de firma)</i>
Testigo/Nombre del Empleado que recibio la orden:	