



DukeHealth

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES EXTERNOS

Place Patient Label Here

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Duke University Hospital | ☐ Duke Regional Hospital | ☐ Other (Please specify): _____ |
| ☐ Duke Raleigh Hospital, <i>a campus of Duke University Hospital</i> | ☐ Duke Health Integrated Practice | |
| ☐ Duke Eye Center, <i>a department of Duke University Hospital</i> | ☐ Duke Primary Care | |
| ☐ Raleigh Ambulatory Surgery Center, <i>a campus of Duke University Hospital</i> | ☐ Arrington Ambulatory Surgery Center | |
| ☐ Duke Ambulatory Surgery Center, <i>a campus of Duke University Hospital</i> | ☐ Davis Ambulatory Surgery Center | |

ESTE FORMULARIO **SOLAMENTE** SE DEBE USAR CUANDO SE SOLICITE INFORMACION MEDICA POR PARTE DE UNA INSTITUCION O PROFESIONAL DE SALUD TERCERO PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION.

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES EXTERNOS

SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____

SECCION B: INFORMACION SOLICITADA POR:

Nombre del profesional de la salud _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Fax: _____

SECCION C: PERSONA QUE RECIBIRA LA INFORMACION

Profesional de la salud de Duke
Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Fax: _____

SECCION D: INFORMACION A REVELAR (marque todo lo que aplique)

Documentación o información:

☐ Reportes (Resumen del alta, Reporte quirúrgico/procedimiento, Radiología, Patología, Laboratorio clínicas, Consultas)	☐ Resumen del alta ☐ Historial y físico ☐ Reporte de consultas ☐ Reporte quirúrgico ☐ Reportes de laboratorio ☐ Reportes de patología	☐ Reportes de radiología ☐ Imágenes de radiología ☐ Terapia física/ocupacional ☐ Cartilla de vacunación ☐ Reporte de la sala de emergencia	☐ Citas (especifique clínica/médico) _____ ☐ Otros (especificar) _____ ☐ Expediente completo ☐ Estados de cuenta
--	--	---	---

Fechas de tratamiento:

- ☐ Desde _____ hasta _____ (especifique fecha exacta) ☐ Todas las fechas de tratamiento

SECCION E: REVISION Y APROBACION

El propósito de ese formulario es para la continuidad del cuidado médico, al menos que se indique lo contrario: _____

Comprendo que la información a ser liberada puede incluir datos confidenciales relacionados a diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas y de abuso de drogas o alcohol. Específicamente apruebo la divulgación de la información que ha sido indicada como confidencial y/o restringida (indique todo lo que aplique):

- ☐ Salud mental y de comportamiento ☐ Trastorno de abuso de sustancias ☐ Pruebas genéticas

Esta autorización vence automáticamente al año de haber sido firmada a menos que sea revocada o por otra fecha o anotación por escrito a continuación: _____

SECCION F: REPRESENTANTE (complete si el representante personal o autorizado firma)

Nombre completo del representante (letra de molde) _____ Parentesco con el paciente _____ Número telefónico _____

Si usted no es el paciente o el padre del paciente menor de edad, DEBE adjuntar la documentación que avale su autoridad para representar al paciente (Poder legal, orden judicial, documentación de tutor legal, documentación de albacea/administrador)

Firma del paciente o del representante de salud de Duke

Nombre impreso

Fecha