Advocate Health Care | Aurora Health Care

Spanish

Patient Request for Health Information

Solicitud del paciente para información médica

Did you know you can request and access your medical records online through your patient portal? Visit: https://livewell.aah.org.

¿Sabía que puede solicitar y acceder a su expediente médico en línea a través del portal del paciente? Visita: https://livewell.aah.org.

(One Patient Per Form)

(Un paciente por formulario)

Patient Name / Nombre del paciente: _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Street Address / Dirección: _____

City, State, Zip / Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Telephone / Teléfono: _____

Email / Correo electrónico: _____

Treatment Facility/Physician / Centro de tratamiento/Médico: _____

Treatment Dates / Fechas de tratamiento: _____

Information Requested (select all that apply):

Información solicitada (selecciona todo lo que corresponde):

Medical Records		**Expediente médico**
Facility Summary (Includes all items in **bold**)	☐	Resumen de la instalación (Incluye todos los elementos en **negrita**)
Discharge Summary	☐	**Resumen de baja**
History & Physical	☐	**Historia y examen físico**
Consultation Reports	☐	**Informes de consulta**
Office/Progress Notes	☐	**Notas de Oficina/progreso**
Emergency Record	☐	**Registro de emergencias**
Operative Reports	☐	**Informes operativos**
Laboratory Reports	☐	**Informes de laboratorio**
Pathology Reports	☐	**Informes de patología**
Radiology Reports	☐	**Informes de radiología**
Immunizations	☐	**Vacunas**
Sleep Study Reports	☐	Informes de estudios del sueño
Entire Medical Record	☐	Expediente médico completo
Other	☐	Otro

_____

Imaging (requires CD format)		**Imagen (requiere formato CD)**
Radiology Images (X-Ray/CT/MRI/US)	☐	Imágenes de radiología (rayos X/TAC/RM/US)
Cardiology Images (Echo/Cath Lab)	☐	Imágenes de cardiología (laboratorio de eco/cateterismo)
Neurology Images (EEGs)	☐	Imágenes neurológicas (EEG)
Fetal Ultrasound Images	☐	Imágenes de ecografía fetal
Other Imaging:	☐	Otras imágenes:

_____

Billing		**Facturación**
Itemized Bill(s)	☐	Facturas detalladas
UB04 Form	☐	Formulario UB04
CMS 1500 Form	☐	Formulario CMS 1500
Other Billing:	☐	Otras facturas:

_____

Send my requested information to:		**Envíe la información que solicito a:**
Myself	☐	Mí
Other:	☐	Otro:

_____ Nombre del centro, persona, compañía *(Name of Facility, Person, Company)*

_____ Dirección o apartado postal, ciudad, estado, código postal *(Street Address or PO Box, City, State, ZIP Code)*

_____ Teléfono *(Phone Number)*

_____ Número de fax *(Fax Number)*

_____ Correo electrónico *(Email Address)*

Advocate Health Care | Aurora Health Care

Spanish

Requested Formt/Delivery Method: ***(Fees may apply)***

Formulario/Método de entrega solicitado: ***(Se pueden aplicar cargos)***

By Mail:	**Por correo:**	**Other:**	**Otros:**
Paper Copy	☐ Copia en papel	In Person Pick-up at:	☐ Recogida presencial en:
CD	☐ CD		
Electronically:	**Electrónicamente:**		
Encrypted Email	☐ Correo electrónico encriptado	Paper	☐ Papel
Patient Portal	☐ Portal del paciente	CD	☐ CD

I understand the information to be disclosed may include information regarding genetic testing, genetic services and family medical history, mental health/developmental disabilities, Substance Use Disorder, HIV Test results and AIDS/AIDS-related illness.

Entiendo que la información que se va a divulgar puede incluir información relacionada con pruebas genéticas, servicios genéticos e historia médica familiar, discapacidades de salud mental/del desarrollo, trastorno por consumo de sustancias, resultados de pruebas de VIH y enfermedades relacionadas con el SIDA/SIDA.

Fecha *(Date)* | Hora *(Time)* | Firma del paciente o representante legal *(Patient or Legal Representative Signature)* | Relación con el paciente *(Relationship to Patient)*

Nombre en letra de molde *(Print Name)*

Note: If the patient lacks legal capacity or is unable to sign, an authorized personal representative may sign. Supporting documentation may be required.

Minor Authorization: If a minor consented to treatment by a licensed physician for pregnancy, sexually transmitted diseases, outpatient behavioral or mental health care, or outpatient treatment for controlled substances or alcohol without parental consent, the minor may sign this authorization. If the minor is receiving substance use disorder treatment with parental or guardian consent, both the minor and the parent or guardian may sign this authorization.

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar. Puede ser necesaria documentación de respaldo.

Autorización menor: Si un menor ha consentido el tratamiento de un médico autorizado para embarazo, enfermedades de transmisión sexual, atención ambulatoria conductual o de salud mental, o tratamiento ambulatorio para sustancias controladas o alcohol sin el consentimiento de los padres, el menor puede firmar esta autorización. Si el menor recibe tratamiento por trastorno por consumo de sustancias con el consentimiento de los padres o tutores, tanto el menor como el padre/madre o tutor pueden firmar esta autorización.

Fecha *(Date)* | Hora *(Time)* | Firma de Menor *(Signature of Minor)*

Nombre en letra de molde *(Print Name)*