



Place Barcode Here

Solicitud De Registros Médicos y Liberación

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Del Paciente			Solo Para Uso Del Laboratorio <input type="checkbox"/> Photo ID Verification
Fecha de Nacimiento		Número Telefónico	
Fecha(s) De Servicio		Medico Solicitante	
Comentarios			

INSTRUCCIÓN DE ENTREGA

<input type="checkbox"/> Coreo	Dirección:
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Dirección:
<input type="checkbox"/> Fax	Numero:

Por favor, tenga en cuenta que mientras la mayoría de las solicitudes se procesan de inmediato al ser recibidas en el departamento correspondiente, legalmente en el estado de California, el laboratorio tiene hasta 15 días para procesar su solicitud.
 Adicionalmente, algunas solicitudes pueden requerir tiempo adicional por encima de los primeros 15 días.
 Si eso sucede, se le notificará.

INFORMACIÓN DE MUESTRA(S) (SOLO PARA USO DEL LABORATORIO)

Número de Identificación de la(s) muestra(s)			
Sample ID or Accession Number(s) (If additional space is required, attach list)			

CONSENTIMIENTO

Por la presente, solicito que West Pacific Medical Laboratory (WPML) libere copias de mis resultados clínicos.

Firma del paciente o Tutor Legal (si es menor de edad): _____ Fecha: _____

Firma del Representante Personal: _____ Fecha: _____

*Deberá ser acompañado por una carta del paciente autorizando liberación al representante personal.

Si yo soy el padre, la madre o tutor legal que solicita el acceso a registros de salud de un menor, entiendo que no se me proporcionara acceso a los registros relacionados con ciertos resultados tal como resultados de prueba de embarazo o exámenes de transmisión sexual.

SOLO PARA USO DEL LABORATORIO

Received by: (Employee Name or ID)		Date		Dept or PSC:	
Results provided to patient and/or personal representative? () Yes () No					