



## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER AL CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADO PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (SPANISH)

En algunas áreas, Swedish Health Services y sus afiliados pueden almacenar los historiales clínicos de los pacientes separados de sus historiales hospitalarios. Con gusto enviaremos por fax una copia de este formulario a otros establecimientos si nos lo solicita.

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

Puede adjuntar otra página si necesita más espacio que el proporcionado en el formulario de solicitud. You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

**Envíe este formulario a uno de estos sitios, dependiendo de dónde haya recibido la atención:  
Please submit this form to one of these locations, depending on where you received care:**

<p align="center"><b>Swedish Medical Center</b></p> <p align="center">Release of Information</p> <p align="center">747 Broadway, Seattle, WA 98122</p> <p align="center">Teléfono/ Phone: (206) 320-3850</p> <p align="center">Fax/ Fax: (206) 320-2626</p> <p align="center">Correo electrónico/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p align="center"><b>Swedish Medical Group</b></p> <p align="center">Teléfono/ Phone: (206) 320-3025</p> <p align="center">Fax/ Fax: (478) 238-9436</p> <p align="center">Correo electrónico/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	---

Podrían aplicarse cargos asociados con esta solicitud.

Fees may be associated with this request.

**Importante:** Swedish y sus afiliados ya no incluyen ni divulgan los números de Seguro Social de los pacientes, a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, es posible que los números de Seguro Social estén incluidos en los registros de los pacientes creados hace algunos años. Los registros que está solicitando podrían incluir su número de Seguro Social.

**Important:** Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting may include your social security number.



Por el presente documento, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal por divulgar la información expuesta anteriormente en la medida indicada y autorizada en este documento.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services y sus Afiliados no discriminan en sus programas y actividades de salud por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

**ATTENTION:** If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**注意:** 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



### SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER AL CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADO PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (SPANISH)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Patient's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre(s) anterior(es) utilizado(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Prior Name(s) Used: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
 Patient's Address: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_  
 Patient's Email: \_\_\_\_\_

---

Divulgar mis registros a:  Mí mismo, a la dirección anterior  o al siguiente destinatario   
 Please disclose my records to:  Myself at the address above  or the following recipient

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

---

Enviar mis registros por:  MyChart  Correo electrónico  Disco  Papel  Fax  
 Please send my records via:  MyChart  Email  Disc  Paper  Fax

**Solicito información del(de los) siguiente(s) establecimiento(s):**  
**Yo am requesting information from the following facility(s):**

Enumere el(los) hospital(es) o el(los) nombre(s) del proveedor	O	Enumere la(s) clínica(s) o el(los) nombre(s) del proveedor
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)

Para el período que se extiende desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_  
 For the range of dates from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_



3600



# SWEDISH

Patient Identification Sticker

**Información que se divulgará:**

**Information to be disclosed:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico<br>History & Physical  | <input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria<br>Discharge Summary              |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico<br>Operative Report  | <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias<br>Emergency Department             |
| <input type="checkbox"/> Informe de diagnóstico (análisis de laboratorio,<br>radiografías, EKG, etc.)<br>Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso del<br>informe<br>Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____<br>Other (specify):   | <input type="checkbox"/> De los últimos 2 años únicamente<br>Last 2 years only           |

Podrían aplicarse cargos asociados con esta solicitud. Algunos registros no se pueden recibir por MyChart.  
Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

(Imprima el formulario y fírmelo a mano)

Fecha: \_\_\_\_\_

Patient Signature:

(Print form and sign by hand)

Date:

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Representative Name:

Fecha: \_\_\_\_\_

Date:

Firma del representante: \_\_\_\_\_

Representative Signature:

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Relation to Patient:

(Imprima el formulario y fírmelo a mano. Incluya documentación de respaldo).  
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI