



610 NW 11th Street, Hermiston Oregon 97838
541-667-3400

Patient Name: Med Rec#: Date of Birth: Today's Date: Or Attach Patient Label
--

SOLICITUD DE DOCUMENTOS DE SALUD DEL PACIENTE

Información del Paciente (Escriba por favor))

Primer Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellidos:	
Nombre del Paciente al momento del Tratamiento (si es diferente al de arriba indicado):			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	Número de Teléfono:	Correo Electrónico (opcional):	
Dirección de Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

¿Qué documentos necesita? (Chequee un(os) cuadro(s) abajo):

Día(s) de Servicio: ___/___/___ hasta ___/___/___

- Reporte del Alta
 Historial y Físico
 Reporte de Emergencias
 Reportes de Cirugías/Operaciones
 Documentos Clínicos
 Resultados de exámenes (Rayos X, Laboratorio/Patología) Especifique por favor:

Otros (Documentos de Vacunas y/o Nacimiento, Lista de medicamentos,) Especifique por favor:

¿Cómo le gustaría la solicitud de documentos?

- En papel
 Por correo a su domicilio
 Recogerlos en persona
 Electrónicos (Fax, correo electrónico, USB, Disco Compacto, Otro) Especifique por favor:

¿Dónde desea que se le envíe la información? (Llene las Casillas de abajo):

Good Shepherd Health Care System (GSHCS) puede proporcionar mis Documentos a: Yo mismo Representante (**indique abajo**)

Nombre del Solicitante:	Número de teléfono del solicitante:
Dirección del Solicitante:	Número de FAX del solicitante:
	Correo electrónico del solicitante (si aplica):

Firme abajo Por Favor:

Firma del Paciente o Representante	Fecha/Hora

Por favor envíe la solicitud completa a:

Dirección: Good Shepherd Health Care System/HIM Department 610 NW 11 th Street Hermiston, Oregon 97838	Correo Electronico: ROIRequest@gshealth.org Fax: 541-667-0193 (Hospital) / 541-303-8765 (Clínica)
	Preguntas envíe a: ROIRequest@gshealth.org

GSHCS reconoce el derecho del paciente según, por sus siglas en Inglés (HIPAA) Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, a acceder a copias de su información de salud. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros solicitados.

Rev. 11/21/2025

(GSHCS USE ONLY): MRN# _____ DATE/INITIAL: _____
--



DT1000