GOOD SHEPHERD
HEALTH CARE SYSTEM

610 NW 11th Street, Hermiston Oregon 97838
541-667-3621

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/Dia/Año):		Número de Teléfono:	Correo Eléctronico (opcional):
Dirección de Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

¿Qué documentos necesita? (Chequee un(os) cuadro(s) abajo):
Dia(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: Número de FAX del solicitante:
Dirección del Solicitante:	Correo electronico 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 11th Street*** ***Hermiston, Oregon 97838***	***Correo Electronico: ROIRequest@gshealth.org*** ***Fax: 541-303-8765*** ***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