

## Solicitud del paciente para divulgar o acceder a información médica protegida (PHI)

Para que podamos identificar la información médica protegida (protected health information, PHI) del paciente que se solicitó, complete toda la información **obligatoria**. Por medio de la información provista, intentaremos identificar los resultados de las pruebas de laboratorio o el formulario de pedido. El símbolo \* indica la información OBLIGATORIA.

Fecha de Solicitud\*: \_\_\_\_\_

### A. Información del paciente:

Nombre\*: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre/Inicial Apellido

Otros nombres\*: (apodos, ortografía alternativa, nombres anteriores, etc.): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Dirección\*: \_\_\_\_\_

Número de seguro social (o últimos cuatro dígitos) \_\_\_\_\_ N.º de identificación del seguro \_\_\_\_\_

### B. Información del pedido de prueba:

Nombres de los médicos (o consultorio) que emitieron el pedido\*: \_\_\_\_\_

Direcciones de los médicos que emitieron el pedido\*: \_\_\_\_\_ Fechas aproximadas del servicio\*: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PHI solicitada:  Resultados de prueba de laboratorio  Formulario de pedido  Otro: \_\_\_\_\_

### C. Autorización del Solicitante:

Solicito que Quest Diagnostics busque en sus registros y me proporcione a mí o a la parte que se menciona en el recuadro D a continuación una copia de la información de salud personal (Personal Health Information, PHI) solicitada.

#### Marque una de las siguientes opciones, según corresponda\*:

Soy el paciente mencionado anteriormente.

**o**

Soy:  Padre/Madre del paciente  
 Tutor del paciente (proporcione evidencia, como una orden judicial o un poder notarial)  
 Representante del paciente (proporcione evidencia, como una orden judicial, un poder para decisiones médicas, un poder notarial)  
Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

### D. Instrucciones para la entrega de resultados de análisis de laboratorio o Formulario de Pedido (marque todas las opciones que correspondan; escriba en letra de imprenta)\*:

Paciente en la dirección mencionada  
 Paciente en una dirección alternativa, o bien número de fax o correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Persona(s) a continuación  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
**o** **o** **o**  
Número de fax: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
**o** **o** **o**  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### E. Presente el formulario completo (y cualquier prueba de representación, si corresponde) a:

Quest Diagnostics o envíelo por fax a: 1-855-854-9151  
9601 Renner Blvd. o por correo electrónico a: KCNOCRequestoAccess@questdiagnostics.com  
Lenexa, Kansas 66219  
ATTN: Clinical Client Services

Quest Diagnostics responderá en un plazo de 30 días desde la recepción de esta solicitud.

Internal use only: Date received: \_\_\_\_\_

Tracking #: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Para un acceso fácil a sus resultados de laboratorio, por favor visite [www.questdiagnostics.com/MyQuest](http://www.questdiagnostics.com/MyQuest) o descargue la aplicación MyQuest par iPhone o Android.