



Instrucciones

1. Descargué y llene por completo las secciones INFORMACIÓN PERSONAL, INSTRUCCIÓN DE ENTREGA y firme apropiadamente el formulario de Solicitud De Registros Médicos y Liberación.
2. Presente el formulario junto con una identificación con foto al laboratorio. Representantes autorizados deben proporcionar documentación de apoyo para tal efecto, por ejemplo, autorización del paciente, certificado de poder o algún otro documento legal. Usted también puede mandar esta solicitud con los documentos correspondidos por correo electrónico a PatientRecords@ccpathology.com, o por fax a la atención del Departamento Servicio al Cliente al (805) 787-0104. En la mayoría de los casos, las solicitudes se procesarán inmediatamente tras la recepción de la documentación requerida.

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.

Advertencia a los pacientes que reciben resultados clínico del laboratorio

Sabiduría médica adecuada es necesaria para correctamente interpretar los resultados de laboratorio clínico y no está disponible de parte del personal de este laboratorio. Se urge precaución con respecto a la interpretación individual de estos resultados de laboratorio clínico.

Por favor consulte a su médico.

Bajo ninguna circunstancia debe tomarse cualquier acción basada por estos resultados sin primero consultarse con su médico o especialista.



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) | | | |
| Autorización para registro de Patología, si corresponde (Pathologist Authorization for Pathology Records if Applicable) | | | |

CONSENTIMIENTO

Por la presente, solicito que Central Coast Pathology Laboratory (CCPL) 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.

CCPL tiene el derecho de rechazar esta petición.

SOLO PARA USO DEL LABORATORIO

| | | | |
|------------------|------|-----|--|
| Employee Name/ID | Date | PSC | |
|------------------|------|-----|--|