

BioReference

LABORATORIES
an **OPKO** Health Company

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER A INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Tel. preferido: ___/___/___ señale: celular casa negocio
Mes/Día/Año

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Favor de proporcionar: copia impresa formato electrónico formato específico: _____

Favor de solicitar/marcar todos los que correspondan e incluir el Núm. de ID de laboratorio (si se conoce) para cada uno de ellos.

Resultados de análisis de laboratorio _____

Informe(s) de patología: _____

Otro: _____

Juego completo del expediente designado _____ Año _____

No pondremos condiciones para hacerle pruebas ni para el pago, sea o no que firme esta autorización. Sin embargo, si se niega a firmar, no revelaremos su información.

ACUERDO Y FIRMA DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, solicito que BioReference Laboratories, Inc. (BRLI) me proporcione acceso a la información de salud de la manera que se describe previamente. Entiendo que alguien se comunicará conmigo si BRLI no puede producir el formato que solicito, o si se hará algún cargo por satisfacer esta solicitud. Tendré la oportunidad de modificar o cancelar mi solicitud si no deseo pagar el cargo especificado.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Autoridad: _____

Dirección: _____ Núm. de tel. _____

(El representante personal debe firmar únicamente si el paciente es un menor o no puede firmar por sí solo.)

Necesitado por: _____ Razón: _____

Envíe el formulario completo a BioReference Laboratories, Inc., HIPAA Privacy Office, 481 Edward H. Ross Drive, Elmwood Park, NJ 07407 o por fax al: 201-791-1941

MR -2 (App 6/14) A

¡SÓLO PARA USO DE PSC!

ID emitida por el gobierno
mostrada: