



Instrucciones

1. Descargue y complete las secciones de Región, Información personal e Instrucciones de entrega del formulario de solicitud y liberación de registros médicos. Asegúrese que este formulario está firmado y fechado.

TENGA EN CUENTA: *Los representantes autorizados de los pacientes deben proporcionar documentación de respaldo a tal efecto, es decir, Autorización del paciente, copias del Poder notarial, Certificado de tutela legal o otro documento legal oficial.*

2. Instrucciones de entrega:
 - a. Si los registros son enviados para alguien diferente que tú, por favor ingresa el nombre de la person que va recibir los registros.
 - b. Los registros pueden ser enviados de diferente maneras:
 - i. **Correo, Correo Electrónico, y Fax.**
 - ii. Por favor indica la manera preferida de enviar los registros
 - iii. **Por favor proporcione la información correcta y apropiada del contacto para el formato que elijas.**

3. Entrega:

- en persona, presentando el formulario de solicitud, una copia de una identificación con foto válida y, si corresponde, la documentación de respaldo a cualquier ubicación de WestPac Labs.
- por correo electrónico a la dirección de correo electrónico de su región que se indica en el formulario. *Recuerde incluir una copia de una identificación válida con fotografía y, en su caso, la documentación de respaldo.*
- por fax, Attn: Departamento de Servicio al Cliente al número de fax de su región que se indica en el formulario. Recuerde incluir una copia de una identificación válida con fotografía y, en su caso, la documentación de respaldo.

Por favor tenga en cuenta que, aunque la mayoría de las solicitudes se procesan inmediatamente después de recibirlas, la ley del estado de California otorga al laboratorio 15 días para cumplir con cada solicitud. En algunos casos, las solicitudes pueden requerir tiempo adicional de procesamiento además de los 15 días. Si esto ocurre, se le notificará.

Consejo para Pacientes que Recibirán Resultados de Laboratorio Clínico

Se requiere experiencia médica adecuada para la interpretación correcta de los resultados del laboratorio clínico, y no está disponible por parte del personal de laboratorio. Se recomienda precaución con respecto a la interpretación individual de estos resultados de laboratorio clínico.

Por favor consulte a su médico.

Bajo ninguna circunstancia se debe tomar ninguna acción basada en estos resultados sin antes discutirlos con su médico.



Place Barcode Here

Solicitud De Registros Médicos y Autorización para Liberar

REGIÓN

<input type="checkbox"/> Bakersfield (PAL Pacientes) Fax: (661) 327-9163 Correo PatientRecords_BAK@westpaclab.com Electrónico:	<input type="checkbox"/> California (WPL Pacientes) Fax: (562) 906-6490 Correo PatientRecords_SFS@westpaclab.com Electrónico:	<input type="checkbox"/> San Luis Obispo (CCPL Pacientes) Fax: (661) 327-9163 Correo PatientRecords_SLO@westpaclab.com Electrónico:
--	---	---

INFORMACION PERSONAL

Nombre del Paciente			Staff Use Only <input type="checkbox"/> Photo ID Verification
Fecha de Nacimiento		Número de Teléfono	
Fecha(s) De Servicio		Médico Solicitante	
Comentarios			

Envía a (ingresa nombre de la(s) persona(s) si diferente al nombre arriba): _____

INSTRUCCIONES DE ENTREGA

<input type="checkbox"/> Correo Postal	Dirección:
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Dirección:
<input type="checkbox"/> Fax	Dirección:
<input type="checkbox"/> Portal del Paciente (Cuenta personal)	
<input type="checkbox"/> Portal del Paciente (Cuenta de Guardián / Tutela)	

Por favor tenga en cuenta, aunque la mayoría de las solicitudes se procesan inmediatamente después de recibirlas, la ley del estado de California otorga al laboratorio 15 días para cumplir con cada solicitud. En algunos casos, las solicitudes pueden requerir tiempo adicional de procesamiento además de los 15 días. Si esto ocurre, se le notificará.

CONSENTIMIENTO

Por medio del presente yo solicito a WestPac Labs que libere copias de mis resultados de laboratorio.

Firma del Paciente o Guardián Legal (si es menor de edad): _____ Fecha: _____

Firma del Representante Personal*: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha: _____

* Debe ir acompañado con documentación de respaldo (por ejemplo, carta del paciente, poder notarial, certificado de tutela u otro documento legal oficial).

La ley estatal no permite el acceso a los resultados de laboratorio confidenciales de un menor (por ejemplo, pruebas relacionadas con el embarazo, el VIH o otras ITS [infecciones de transmisión sexual] sin autorización.

Información del Episodio **SOLO PARA USO DEL LABORATORIO**

Sample ID or Accession Number(s) (If additional space is required, attach list)			
Request Received By (Employee Name or ID)		Date	Dept or PSC:

1 ST Reply Sent: ___/___/___ . Initials: 2 ND Reply Sent ___/___/___ . Initials: No Response, Sent to Imaging ___/___/___ . Initials:
Results provided to patient and/or personal representative? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No