



WESTPAC LABS

A Sonic Healthcare Clinical Laboratory

Information for patients

Instrucciones

1

Descargue y complete las secciones de región, información personal e instrucciones de entrega de la solicitud de registros médicos y el formulario de autorización. Asegúrese de este formulario esté 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 custodia legal u otro documento legal oficial.

2

Instrucciones de entrega:

- Si los registros son enviados a otra persona que no sea usted, por favor ingrese el nombre de la persona que va a recibir los registros.
- Los registros pueden ser enviados de diferentes maneras:
 - **Correo, correo electrónico, y fax**
 - Por favor indica la manera preferida de enviar los registros
 - **Por favor proporcione la información correcta y apropiada del contacto para el formato que elija**

3

Entrega:

- En persona, presentando el formulario de solicitud, una copia de una identificación válida con foto y, si fuera aplicable, 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 la atención del: 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 considere 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. En ninguna circunstancia se debe tomar ninguna acción basada en estos resultados sin antes analizarlos con su médico.



COLOCAR CÓDIGO DE BARRAS AQUÍ

Solicitud de Registros médicos y formulario de autorización

Región		
<input type="checkbox"/> Bakersfield (Pacientes PAL) Fax: 661.327.9163 Email: PatientRecords_BAK@westpaclab.com	<input type="checkbox"/> California (Pacientes WPL) Fax: 562.906.6490 Email: PatientRecords_SFS@westpaclab.com	<input type="checkbox"/> San Luis Obispo (Pacientes CCPL) Fax: 661.327.9163 Email: PatientRecords_SLO@westpaclab.com

Información Personal	
Nombre del paciente:	Uso del personal solamente <input type="checkbox"/> Verificación de identificación con foto
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Fecha(s) de servicio:	Médico solicitante:
Comentarios:	

Enviar a (ingresa nombre de la(s) persona(s) si es 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 del tutor)

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 tutor legal (si es menor de edad): _____ Fecha: _____
Firma del Representante Personal*: _____
Relación con el 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 u otras STIs [infecciones de transmisión sexual] sin autorización.

Información del Episodio (SOLO PARA USO DEL LABORATORIO)		
Número(s) de episodio: (Si requiere espacio adicional, adjunte una lista)		
Solicitud recibida por: (Nombre o identificación del empleado)	Fecha:	Departamento o PSC:
Primera respuesta enviada: / / Iniciales: _____	Segunda respuesta enviada: / / Iniciales: _____	
Sin respuesta, enviado a imágenes: / / Iniciales: _____		
¿Resultados proporcionados al paciente y/o representante personal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		