



SOLICITUD DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Seleccione uno de los dos métodos de solicitud que se ofrecen a continuación.

SOLICITUD EN LÍNEA



Comience su solicitud escaneando este código QR o visite nuestro sitio web en www.saintalphonsus.org/medical-records y a continuación seleccione **Opción 1**

SOLICITUD EN PAPEL

Rellene el formulario de solicitud adjunto, asegúrese de imprimirlo claramente e incluirlo:

- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono
- Registros específicos que se solicitan y fecha(s) del servicio
- Dónde deben enviarse los registros y formato/método de entrega deseados
 - Si tiene una cuenta MyChart activa y desea que los registros se entreguen allí, indíquelo en el formulario
- Firma del paciente y fecha (obligatorio); si firma otra persona que no sea el paciente, incluya la relación/autoridad para actuar como representante y adjunte copia de la documentación.

Devuelva el **formulario cumplimentado** y una **copia de su carné de identidad** de una de las siguientes maneras:

- Correo electrónico bo-him-releaseofinfo@saintalphonsus.org
- Fax (208) 367-2699
- Correo postal
Saint Alphonsus Health System
HIM Release of Information
1055 N Curtis Rd
Boise, ID 83706

Si tiene alguna pregunta, llame a Registros Médicos (208) 367-2101.

Gracias por permitirnos atenderle.

Rev 7/2025