Froedtert Hospital · 9200 W. Wisconsin Ave., Milwaukee, WI 53226 | Ph: 414-805-2909 • Fax: 414-259-1244
Community Memorial Hospital of Menomonee Falls, Inc. d/b/a Froedtert Menomonee Falls Hospital · W180 N8085 Town Hall Rd., Menomonee Falls, WI 53051 |Ph: 262-257-3415 • Fax: 262-253-7186
St. Joseph's Community Hospital of West Bend, Inc. d/b/a Froedtert West Bend Hospital · 3200 Pleasant Valley Rd., West Bend, WI 53095 | Ph: 262-836-5057 • Fax: 262-836-8490
Holy Family Memorial, Inc. · 2300 Western Ave., PO Box 1450, Manitowoc, WI 54221-1450 · Ph: 920-320-2278 • Fax: 920-320-5118
Froedtert Health Neighborhood Hospital, LLC d/b/a Froedtert Community Hospital · 4805 S. Moorland Rd., New Berlin, WI 53150 | Ph: 262-836-2510 • Fax: 262-836-8490
Froedtert & the Medical College of Wisconsin Community Physicians · 110 Lone Oak Ln., Hartford, WI 53027 | Ph: 262-836-2510 • Fax: 262-836-8490
Medical College of Wisconsin · 10000 Innovation Drive, Ste 300, Milwaukee, WI 53226 · Ph: 262-836-2510 • Fax: 262-836-8490

Solicitud del paciente para el expediente médico

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento del Control de Información de Salud «Health Information Management Department» (expedientes médicos) usando los números de teléfono o fax mencionados arriba o por correo electrónico: *HealthInformation@froedtert.com*. El correo electrónico de Holy Family Memorial, Inc.: HFMROIRequests@froedtert.com.

Fecha de la solicitud:_____

Nombre del solicitante:_____

Parentesco al paciente: (seleccione uno): ☐ El paciente ☐ El representante legal del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente:_____

La dirección del paciente: _____

_____

Número de teléfono principal: _____ ☐ domicilio ☐ teléfono móvil

Información solicitada (incluya detalles específicos - los nombres de los profesionales de atención médica, la instalación y las fechas):

Nombre de los profesionales de atención médica: _____

_____

Instalaciones médicas:

☐ Radiografías en disco compacto (CD) - Fechas / Tipos: _____

☐ F&MCW Community Physicians
☐ Froedtert Community Hospitals
☐ Froedtert Hospital
☐ Holy Family Memorial Inc.
☐ Froedtert Menomonee Falls Hospital
☐ Froedtert Surgery Center
☐ Froedtert West Bend Hospital
☐ Otra instalación médica: _____
☐ Lake Country Surgery Center
☐ Medical College of Wisconsin
☐ West Bend Surgery Center

Formato solicitado: _____ ☐ Documento físico ☐ CD ☐ MyChart (Portal) ☐ Correo electrónico

***Según nuestra política, no se puede aceptar ningún dispositivo externo, tal como memoria USB, unidades de almacenamiento en miniatura o discos compactos (CD).*

Si desea un envío por correo electrónico, verifique la dirección de correo electrónico: _____
**Es posible que la información divulgada por correo electrónico no sea segura.*

Nombre de la persona que recibirá la información:_____

Dirección: _____

_____

Parentesco al paciente: _____

Esta solicitud estará vigente hasta_____(si no hay una fecha, la solicitud estará vigente por 1 año desde la fecha de la firma) e incluye todos los expedientes actuales o iniciados en cualquier momento hasta la fecha de la firma de esta solicitud.

Se incluyen los expedientes creados después de la fecha de la firma de esta solicitud, hasta la fecha de vencimiento _____ (iniciales)

For Office Use Only:

Identification Confirmed: ☐ Yes ☐ No

Type of identification provided: _____

Authorization, Use/Disclosure of PHI =100139

Original - Medical Records