



Nombre (Escriba en letra imprenta): _____
Número de ID (n.º de hist. clínica, n.º de prima o n.º de caso, etc.): _____
Fecha de nac.: _____

# Solicitud de acceso a información de salud protegida

Es posible que pueda acceder a su información de salud a través de MyChart en <https://mychart.ochin.org>

**Solicito acceso al siguiente tipo de registro o información (y fechas, si corresponde):**

---

---

---

**Enviar mi información a: (seleccionar solo una opción)**

Enviar copia en papel de la información solicitada a través del correo postal de EE. UU. a esta dirección: \_\_\_\_\_

Enviar copia electrónica. Nota: la información se enviará a la dirección de correo electrónico proporcionada a continuación a través de correo electrónico seguro (cifrado) a menos que se especifique lo contrario. **Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Directamente al tercero designado a continuación.

Nombre (Escriba en letra imprenta):	Número de teléfono:
Dirección postal:	

\*Es posible que le cobren una tarifa por copiar sus registros.

Firma de la persona o representante personal autorizado:	Fecha:
Si firma el representante personal, indicar la relación con la persona:	

**Health Information Services**  
**619 NW 6th Avenue, 9th Floor**  
**Portland, OR 97209**  
**Teléfono: 503-988-3997**  
**Fax: 503-988-4088**  
**Correo electrónico: [Medical.Records.Request@multco.us](mailto:Medical.Records.Request@multco.us)**