



Dignity Health Nevada

Formulario de solicitud de Expediente Médico

Por favor indique el departamento y devuelva la solicitud según corresponda:

Únicamente para expedientes del hospital:

Hospital St. Rose Siena
POR FAVOR, ENVÍE LA SOLICITUD POR FAX A 702-616-5235

Hospital St. Rose San Martin
POR FAVOR, ENVÍE SU SOLICITUD POR FAX AL 702-492-8165

Hospital St. Rose De Lima
POR FAVOR, ENVÍE SU SOLICITUD POR FAX AL 702-492-8165

Únicamente para expedientes clínicos:

Blue Diamond
Henderson Clinic
North Las Vegas
Pavilion MultiSpecialty
Pavilion Primary Care
Pavilion Urgent Care
Peccole Plaza Clinic
San Martin Clinic
Siena MultiSpecialty
St. Rose Dream Fund Clinic
St. Rose Specialty Clinic-CVT
St. Rose Specialty Clinic-Neuro
Surgery Tivoli Village Clinic
West Flamingo Clinic

POR FAVOR ENVIAR SOLICITUD A:
DHMG-HIMMedicalRecords@DignityHealth.org
O Fax a:
702-616-7807

**Solicitud de expedientes médicos.
Formulario de solicitud**

X-NV0521

Version 5/21

Identificación del Paciente



Dignity Health Nevada

Formulario de solicitud de Expediente Médico

Por favor indique el departamento y devuelva la solicitud según corresponda:

Registros de facturación-Enviar a PBSCustomerService@DignityHealth.org

O por Fax 602-798-0809

Radiología/Imagen solo para Nevada :

St. Rose Siena y St. Rose De Lima:
Fax 702-616-5488 y Teléfono 702-616-5585

St. Rose San Martin:
Fax 702-492-8338 y Teléfono 702-492-8585

**Solicitud de expedientes médicos.
Formulario de solicitud**

X-NV0521

Version 5/21

Identificación del Paciente