

Fecha: \_\_\_\_\_ # del R.M. o # de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Otros nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Durante el período de cuidado desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Usted ha solicitado acceso a la información sobre la salud del paciente mencionado anteriormente. Para darnos el permiso de procesar su solicitud, por favor lea lo siguiente detalladamente y llene la información que se pide a continuación.

Puede haber tarifas asociadas con su petición. La manera en la cual usted recibe su información puede determinar el precio de tales tarifas.

A. Le gustaría tener acceso a la información de salud guardada por St. Joseph's Hospital and Medical Center según se indica abajo (marque uno).

- Sólo para inspeccionar
- Sólo para copiar (Se pueden aplicar tarifas.)
- Para inspeccionar y copiar (Se pueden aplicar tarifas)

B. Usted puede obtener lo siguiente en lugar de una copia del registro médico:

- Un resumen escrito de información de la salud (Se pueden aplicar tarifas. Véase la lista de precios adjunta.)

C. Indíquenos cuál tipo de información de la salud usted desea acceder (Marque todos que aplican):

- Examen de RM (MRI)
- Ultrasonido
- Mamograma
- Angiografía
- Examen TEP (PET)
- Medicina Nuclear
- Examen TC (CT)
- Radiografía
- Informes escritos

- Otra (favor de especificar) \_\_\_\_\_

**Do not discard this form. Federal privacy laws require retention of this form for at least 6 years from the date signed.**



**PETICION DEL PACIENTE PARA ACCESO  
A INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**



Patient Label

Todas las peticiones hechas por pacientes (o el representante personal del paciente) para acceso a su información de la salud se procesan en el orden en el que fueron presentadas. Al recibir y revisar la petición, el hospital le contactará para indicar la hora, el lugar, cuándo y cómo usted puede inspeccionar y/o obtener una copia de los registros pedidos.

Esta forma sólo es válida para esta petición. Si nos pide que divulguemos a otra persona los registros de la salud o información acerca de usted, se requiere otra autorización firmada para permitirnos transmitir tal información.

-----

**He leído y acepto los términos de acceso indicados en este documento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante personal  
(Patient or Personal Representative's Signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde  
(Print Name)

\_\_\_\_\_  
Numero de teléfono  
(Telephone #)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante personal con el paciente  
(Personal Representative's Relationship to Patient)

\_\_\_\_\_  
Identificación presentada  
(ID Presented)

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado del hospital  
que verifica la información de la firma  
(Name of hospital employee verifying signatory information)

\_\_\_\_\_  
Título y departamento  
(Title and Department)

***Do not discard this form. Federal privacy laws require retention of this form for at least 6 years from the date signed.***



**PETICION DEL PACIENTE PARA ACCESO  
A INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**



NPP

Patient Label