

SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Fecha: _____	M.R. No. de cuenta: _____
Nombre del paciente: _____	Alias / otros nombres: _____
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Cubre el periodo de atención médica desde (fecha) _____ hasta: (fecha) _____	

Usted ha solicitado acceso a su información de salud. Para que podamos tramitar su solicitud, le rogamos que lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

Es posible que se apliquen cargos a su solicitud. La forma de acceder a su información podría determinar el importe de dichos cargos.

Por favor, considere la información de devolución y envíela de acuerdo con ella: *(Marque todo lo que corresponda)*

- ☐ Chandler Regional Medical Center
- ☐ Mercy Gilbert Medical Center
- ☐ Dignity Health Center for Diabetes
- ☐ Dignity Health Weight Loss Clinic
- ☐ Wound Center

- ☐ Ahwatukee Urgent Care
- ☐ Gilbert Urgent Care
- ☐ Maricopa Urgent Care
- ☐ Queen Creek Urgent Care
- ☐ Dignity Health Medical Group: _____

Por favor, envíe su solicitud por CORREO ELECTRÓNICO as solicitudes de hospital y atención de urgencia a:

DignityHealth-AZ-ROI@Commonspirit.org

Fax: CRMC 480-728-3980 or
MGMC 480-728-9168

Radiología/Imagenología fax: [480-728-3989](tel:480-728-3989)

Registros de facturación **SOLO PARA HOSPITALES** enviar por correo electrónico a:
requestiz@optum360.com

POR FAVOR, PARA TODO DHMG, ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO A:

DHMG-HIMMedicalRecords@Commonspirit.org Fax
602-212-5290

Registros de facturación SOLO PARA CLÍNICAS

Enviar por correo electrónico a:
PBSCustomerService@Commonspirit.org

Fax: 602-798-0809

A. Identifique cómo desea acceder a la información de salud.

- ☐ Solamente inspección
- ☐ Solamente copia (podrían aplicar cargos. Ver la lista de precios adjunta).
- ☐ Inspección y copias (podrían aplicar cargos. Ver la lista de precios adjunta).

B. Indique el formato en qué desea recibir la información de salud.

- ☐ Electrónico: Identifique cómo desea recibir la información de salud.
 - ☐ Unidad USB
 - ☐ CD
 - ☐ Correo electrónico seguro: _____ ☐ Correo electrónico no seguro: _____
***Si solicito un correo electrónico no seguro, entiendo que el uso de un correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi PHI y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un mecanismo no seguro.**
- ☐ Papel

C. Díganos a qué tipo de información quiere acceder (No aplica para el Centro de Pacientes en línea)
(Marque todo lo que corresponda):

☐ Registros de facturación (producidos por Billing Dept.)	☐ Registros clínicos
☐ Informes de consulta	☐ Imagenología por diagnóstico (preparadas por Radiology Dept.)
☐ Resumen del alta	☐ Registros de la sala de emergencias
☐ Historial y examen físico	☐ Vacunación (inyección)
☐ Pruebas de laboratorio	☐ Lista de medicamentos
☐ Operaciones y procedimientos	☐ Notas de fisioterapia
☐ Notas de progreso	☐ Historia clínica completa
☐ Pertinente/Abstracto: incluye (Historial y examen físico, informes de operación/procedimiento, resumen de alta, notas de evolución, consultas, pruebas de laboratorio y radiología, informes de cardiología, informe de vacunación y registros de la sala de emergencias).	

D. ☐ SOLAMENTE ACCESO AL CENTRO DE PACIENTES/ PORTAL DE PACIENTES EN LÍNEA (Acceso a los registros de los pacientes)
Dirección de correo electrónico: _____

- E. Derecho del paciente a dirigir la información de salud a otra persona. Tiene derecho a pedirnos que enviemos su información de salud a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Indique aquí el nombre y la dirección completa de esa persona:

Imprima el nombre y el apellido de la persona

Imprima la dirección

Imprima la ciudad, el estado y el código postal

Las siguientes clases de información están protegidas por leyes especiales de privacidad y el acceso puede estar sujeto a normas especiales o puede estar restringido bajo ciertas circunstancias o el acceso podría requerir una consulta con su médico o proveedor de atención médica responsable de su atención antes de la liberación. Si solicita acceso a los registros relacionados con cualquiera de los siguientes elementos, ponga sus iniciales en cada uno de ellos para confirmar su solicitud.

Instalaciones de Arizona Dignity Health:

- ☐ Registros de salud mental (excluye las "notas de psicoterapia")
- ☐ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- ☐ Información relacionada con el VIH y otras enfermedades transmisibles.
- ☐ Información sobre las pruebas genéticas

Instalaciones de California Dignity Health:

- ☐ Registros de tratamientos de salud mental o de discapacidades del desarrollo (excluye las "notas de psicoterapia")
- ☐ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- ☐ Resultados de la prueba del VIH (Esto autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio solamente. Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información relacionada con su condición de seropositivo aunque no ponga sus iniciales en esta línea).

Instalaciones de Nevada Dignity Health:

- ☐ Registros de salud mental (excluye las "notas de psicoterapia")
- ☐ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- ☐ Información sobre las pruebas genéticas

Todas las solicitudes de acceso a la información de salud de los pacientes (o de sus representantes personales) se procesan en el orden en que se reciben. Una vez que el hospital reciba y revise su solicitud, nos pondremos en contacto con usted para comunicarle la negación o la aceptación de la misma. Si se acepta su solicitud, nos pondremos en contacto con usted para indicarle la hora y el lugar en que podrá inspeccionar y/u obtener una copia de los registros solicitados.

He leído y confirmo las condiciones de acceso aquí expuestas.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Escriba el nombre en letra de molde si no es el paciente

Teléfono

Relación con el paciente del representante personal

Identificación Presentada

Nombre del empleado del hospital que verifica la información del
firmante

Título y departamento

Derecho de acceso dirigido por el paciente - Recabar la firma

Fecha

FORMULARIO DE NEGACIÓN DE ACCESO AL CUIDADOR

(Solo para uso de las instalaciones)

- ☐ Negado en su totalidad
☐ Parcialmente negado

Indique la información a la cual se le niega el acceso:

Motivo de la negación:

(NOTA: Se puede negar o restringir el acceso si se considera que proporcionar el acceso podría poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente o de otra persona; la información retenida se obtuvo de otra persona bajo promesa de confidencialidad y su divulgación podría revelar la fuente de esa información; la información hace referencia a otra persona y dar acceso al paciente podría dañar, sustancialmente, a esa persona; la solicitud la hace el representante personal del paciente y proporcionar acceso al representante personal podría dañar, sustancialmente, al paciente o a otra persona. Para obtener orientación adicional sobre cuándo se puede restringir o negar el acceso, consulte con el asesor jurídico local o con el profesional de cumplimiento de las instalaciones).

Firma

Rol:

(por ejemplo, médico, psicólogo, trabajador social)

Fecha

Teléfono:

UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DEBE FIGURAR EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.