

SOLITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER A INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Fecha: \_\_\_\_\_

MRN : \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

AKA /Otro Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/ZIP \_\_\_\_\_

Que cubre el periodo de atención médica desde (fecha): \_\_\_\_\_ Hasta: (fecha) \_\_\_\_\_

Usted ha solicitado acceso a información de salud sobre usted. Para que podamos procesar su solicitud, por favor lea lo siguiente detenidamente y complete la información solicitada a continuación.

**Puede haber tarifas asociadas a su solicitud.** La forma en que acceda a su información puede determinar el monto de dichas tarifas.

Por favor, tome nota de la información de devolución y envíe de acuerdo con lo siguiente:

(Marque todas las que apliquen)

- 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 por CORREO ELECTRÓNICO la solicitud del hospital / centro de atención de urgencia a:

[DignityHealth-AZ-ROI@Commonspirit.org](mailto:DignityHealth-AZ-ROI@Commonspirit.org)

Fax: CRMC 480-728-3980 or MGMC 480-728-9618

Radiology/Imaging fax to:

CRMC 480-728-3989 or MGMC 480-728-9604

FAVOR DE ENVIAR TODAS LAS SOLICITUDES

DE DHMG A:

[DHMG-HIMMedicalRecords@Commonspirit.org](mailto:DHMG-HIMMedicalRecords@Commonspirit.org)

Fax 602-212-5290

Registros de facturación SOLO para CLÍNICAS Correo electrónico a:

[PBSCustomerService@Commonspirit.org](mailto:PBSCustomerService@Commonspirit.org)

Fax: (602) 798-0809

A. Indique cómo le gustaría acceder a la información de salud.

- Solo inspeccionar
- Solo copiar (Pueden aplicarse tarifas. Ver lista de precios adjunta.)
- Inspeccionar y copiar (Pueden aplicarse tarifas. Ver lista de precios adjunta.)

B. Indique en qué formato le gustaría recibir la información de salud. (Por favor, elija una opción).

- Electrónico: (Indique cómo le gustaría 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 correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi información de salud protegida (PHI) y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un mecanismo no seguro.

- En papel

C. Infórmenos a qué tipo de información desea acceder: (No aplicable para el centro de pacientes en línea) (Marque todo lo que apliquen)

- Expedientes médicos completos
- Expedientes de la Sala de Emergencias
- Resumen del alta
- Notas de progreso
- Historial y examen físico
- Pruebas de laboratorio
- Reportes de consultas
- Reportes de radiografías
- Registros de facturación
- Otros (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

D. CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/SOLO ACCESO AL PORTAL DE PACIENTES

Dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

E. Derecho del paciente de enviar la información médica a otra persona. Usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona.

Por favor, indique el nombre y la dirección completa de esa persona a continuación:

---

Nombre y apellido de la persona en letra de imprenta

---

Dirección en letra de imprenta

---

Ciudad, estado y código postal en letra de imprenta

Las siguientes clases de información están protegidas por leyes de privacidad especiales y el acceso puede estar sujeto a reglas especiales o puede estar restringido en ciertas circunstancias o el acceso puede requerir la consulta con su médico o proveedor de atención médica responsable de su atención antes de la divulgación. Si

solicita acceso a los registros relacionados con cualquiera de la siguiente información, por favor marque con sus iniciales cada punto que aplique para confirmar su solicitud.

Centros de salud de Arizona Dignity:

- Expedientes de salud mental (excluye "notas de psicoterapia")
- Expedientes de tratamiento contra abuso de sustancias
- Información relacionada con VIH y otras enfermedades contagiosas
- Información de pruebas genéticas

Centros de salud de California Dignity:

- Expedientes de tratamiento de salud mental o discapacidades de desarrollo (incluye "notas de psicoterapia")
- Expedientes de tratamiento contra abuso de sustancias
- Resultados de pruebas de VIH (Esto solo autoriza la divulgación de los resultados de pruebas de laboratorio. Tenga presente que sus expedientes pueden incluir información relacionada con su condición de VIH incluso si usted no marca con sus iniciales en esta línea).

Centros de salud de Nevada Dignity:

- Salud mental (excluye "notas de psicoterapia")
- Expedientes de tratamiento contra abuso de sustancias
- Información de pruebas genéticas

Todas las solicitudes de los pacientes (o sus representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden recibido. Cuando el hospital reciba y revise su solicitud, nos comunicaremos con usted para informarle sobre la denegación o la aceptación de la solicitud. Si su solicitud se acepta, nos comunicaremos con usted para informarle la hora y el lugar, además de cómo puede inspeccionar y/u obtener una copia de los expedientes solicitados.

---

He leído y confirmé los términos de acceso estipulados en el presente documento.

---

Firma del paciente o de su representante personal

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

---

No. de teléfono

---

Relación del representante personal con el paciente

---

ID presentada

---

Nombre del empleado del hospital que verifica la información de los firmantes

---

Cargo y departamento

---

Derecho de acceso para envío del paciente: Firma de recolección

---

Fecha

## **FORMULARIO DE RECHAZO DE ACCESO DEL CUIDADOR**

(Solo para uso del centro)

- Rechazado de manera total
- Rechazado de manera parcial

Especifique la información

a la que se niega el acceso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo del rechazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(NOTA: Es posible que se restrinja o rechace el acceso si usted cree de forma razonable que el brindar acceso puede poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente o de otra persona; si la información retenida fue obtenida de otra persona bajo promesa de confidencialidad y divulgarla revelaría la fuente de esa información; si la información hace referencia a otra persona y darle al paciente el acceso a ella podría causar un daño sustancial a esa persona; o si la solicitud es realizada por el representante personal del paciente y es razonable pensar que la provisión de acceso al representante personal podría causar un daño sustancial al paciente o a otra persona. Para obtener mayor orientación sobre cuándo se rechaza o restringe el acceso, consulte con un asesor legal local o con un profesional de cumplimiento del centro).

Firma: \_\_\_\_\_

Función: \_\_\_\_\_  
(p. ej., médico, psicólogo, trabajador social)

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**SE DEBE COLOCAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**