

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:

St. Joseph's Hospital and Medical Center
St. Joseph's Hospital Westgate
Dignity Health Cancer Institute
Barrow Neurological Institute

Por favor, envíe su solicitud por CORREO ELECTRÓNICO a:
DignityHealth-AZ-ROI@Commonspirit.org Fax (602)406-7138 o 602-406-4120
Radiología/Imagenología enviar por correo electrónico a:
Imaging_support@Commonspirit.org

Center for Transitional NeuroRehab (CTN)
Norton Thoracic Institute
Transplant Center
Dignity Health Medical Group

: _____
POR FAVOR, 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

Barrow Brain & Spine Enviar por fax a: (602) 264-2417

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expedientes médicos completos | <input type="checkbox"/> Expedientes de la Sala de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas | <input type="checkbox"/> Reportes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor, especifique) | |

E. **CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/SOLO ACCESO AL PORTAL DE PACIENTES**

Dirección de correo electrónico: _____

F. Derecho del paciente de enviar la información médica a otra persona. Usted tiene el derecho de solicitarnos 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



**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION**



ROI

X-MR-4869S PAGE 2 OF 4 (07/21)

Patient Label

Centros de salud de California Dignity:

____ Expedientes de tratamiento de salud mental o discapacidades de desarrollo (excluye “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 confirmo 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



PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION



ROI

Patient Label

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.



Dignity Health™

St. Joseph's Hospital and
Medical Center

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION**



ROI

X-MR-4869S PAGE 4 OF 4 (07/21)

Patient Label