

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:	Postal	Ciudad/Estado/Código
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

Norton Thoracic Institute
Transplant Center
Dignity Health Medical Group

: _____

Por favor, envíe su solicitud por CORREO
ELECTRÓNICO a:

DignityHealth-AZ-ROI@CommonSpirit.org
Fax (602)406-7138 o 602-406-4120

POR FAVOR, ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO
ELECTRÓNICO A:

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

Radiología/Imagenología enviar por correo
electrónico a: Imaging_support@CommonSpirit.org

Registros de facturación SOLO PARA CLÍNICAS Enviar
por correo electrónico a:

PBSCustomerService@CommonSpirit.org
Fax: (602) 798-0809

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

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

Center for Transitional NeuroRehab (CTN)

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:

PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION

X-MR-4869S PAGE 2 OF 5 (02/22)

- 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)



Patient Label

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

X-MR-4869S PAGE 3 OF 5 (02/22)

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

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

X-MR-4869S PAGE 4 OF 5 (02/22)

FORMULARIO DE NEGACIÓN DE ACCESO AL CUIDADOR
(Solo para uso de las instalaciones)



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).



Patient Label

PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS
 TO PROTECTED HEALTH INFORMATION