

# 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@DignityHealth.org](mailto:DignityHealth-AZ-ROI@DignityHealth.org)  
Fax (602)406-7138 o 602-406-4120

Radiología/Imagenología enviar por correo electrónico a: [Imaging\\_suport@DignityHealth.org](mailto:Imaging_suport@DignityHealth.org)

Registros de facturación **SOLO PARA HOSPITALES** enviar por correo electrónico a:  
[requestiz@optum360.com](mailto:requestiz@optum360.com)

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@DignityHealth.org](mailto:DHMG-HIMMedicalRecords@DignityHealth.org)  
Fax 602-212-5290

Registros de facturación **SOLO PARA CLÍNICAS** Enviar por correo electrónico a:  
[PBSCustomerService@DignityHealth.org](mailto:PBSCustomerService@DignityHealth.org)  
Fax: (602) 798-0809

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



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



Patient Label

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):

<input type="checkbox"/> Registros de facturación (producidos por Billing Dept.)	<input type="checkbox"/> Registros clínicos
<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Imagenología por diagnóstico (preparadas por Radiology Dept.)
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Vacunación (inyección)
<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos	<input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa
<input type="checkbox"/> <b>Pertinente/Abstracto:</b> 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: \_\_\_\_\_



**Dignity Health**

St. Joseph's Hospital and  
Medical Center

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



ROI

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

Patient Label

- 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



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



ROI

Patient Label

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



**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 5 (02/22)

Patient Label

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.**



**Dignity Health.**  
St. Joseph's Hospital and  
Medical Center

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



ROI

Patient Label