

## Anexo A

# SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha: \_\_\_\_\_ N. ° de MR o N. ° de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Otros nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Cubre el período de atención médica desde (fecha) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

Ha solicitado acceso a información médica sobre usted. Para que podamos procesar su solicitud, lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

**Puede haber tarifas asociadas con su solicitud.** La forma en la que accedes a tu La información puede determinar el monto de tales tarifas.

A. Le gustaría tener acceso a la información médica sobre usted que mantiene **Dominican Hospital** como sigue: (*Marque uno*).

- Inspeccione solo
- Copiar solo (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.*)
- Papel
- Electrónico:  Unidad USB  CD  Correo electrónico  Otro: \_\_\_\_\_
- Inspeccionar y copiar (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.*)
- Correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico no seguro: \_\_\_\_\_

***\*Si solicito correo electrónico no seguro, entiendo que el uso de 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.***

B. Puede obtener lo siguiente en lugar de una copia de los registros médicos

- Resumen escrito de información médica (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.*)

Fecha de vigencia: 22 de enero de 2019 Página 1 de 4 Título: Acceso individual a información médica protegida  
©Copyright 2019 Dignity Health. Sólo para uso interno.



1555 Soquel Drive  
Santa Cruz, CA 95065

**SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO  
A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**



C. Díganos a qué tipo de información de salud desea acceder  
(no se aplica al Centro de pacientes en línea) *(Marque todo lo que corresponda)*:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa                 | <input type="checkbox"/> Resumen de alta     |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                         | <input type="checkbox"/> Historia y física   |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio                    | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias       | <input type="checkbox"/> Informes de consul  |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación                  |  |
| <input type="checkbox"/> Otros <i>(Por favor especifica)</i> _____ |  |

**D.  ACCESO AL CENTRO DE PACIENTES / PORTAL DE PACIENTES EN LÍNEA ÚNICAMENTE**

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

E. Derecho del paciente a transmitir la información médica a otra persona. Tiene derecho a solicitarnos que enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Proporcione el nombre y la dirección completa de esa persona aquí:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Imprimir Ciudad, Estado, Código Postal

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 bajo ciertas circunstancias o el acceso puede requerir una consulta con su médico o proveedor de atención médica responsable de su atención antes de su divulgación. Si solicita acceso a registros relacionados con cualquiera de los siguientes, coloque sus iniciales en cada elemento correspondiente para confirmar su solicitud.



1555 Soquel Drive  
Santa Cruz, CA 95065

**SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO  
A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**



### Instalaciones de salud de Arizona Dignity:

- \_\_\_\_\_ 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 de pruebas genéticas

### Instalaciones de salud de la dignidad de California

- \_\_\_\_\_ Registros de tratamiento de salud mental o discapacidad del desarrollo (excluye las “notas de psicoterapia”)
- \_\_\_\_\_ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ Resultados de las pruebas de VIH (Esto autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio únicamente.

**Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información sobre su estado serológico con respecto al VIH, incluso si no pone sus iniciales en esta línea).**

### Instalaciones de salud de Nevada Dignity:

- \_\_\_\_\_ Salud mental (excluye “notas de psicoterapia”)
- \_\_\_\_\_ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ Información de pruebas genéticas

Todas las solicitudes de los pacientes (o representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden en que se reciben. Una vez que el hospital reciba y revise su solicitud, nos comunicaremos con usted para rechazar o aceptar la solicitud. Si su solicitud es aceptada, nos comunicaremos con usted para indicarle cuándo y cómo puede inspeccionar y / u obtener una copia de los registros solicitados.



1555 Soquel Drive  
Santa Cruz, CA 95065

**SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO  
A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**



-----  
**He leído y confirmo los términos de acceso aquí establecidos.**

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
# De teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente del representante personal

\_\_\_\_\_  
DNI presentado

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado del hospital que verifica  
la información del firmante

\_\_\_\_\_  
Título y departamento

\_\_\_\_\_  
Derecho de acceso dirigido por el paciente - Retirar la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA REGISTROS PSIQUIATRICOS O DE SALUD MENTAL**  
**APROBACIÓN DEL ENCARGADO DE CUIDADOS PARA LA**  
**DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

(sólo para uso del hospital)

Aprobado

Aprobado, sujeto a las siguientes restricciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Denegado, motivo de la denegación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(NOTA: el acceso sólo puede ser restringido o denegado si usted considera que proporcionar acceso probablemente pueda poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente.)

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

Rol: \_\_\_\_\_

(*médico, psicólogo, trabajador social*)

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

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: 22 de enero de 2019 Página 4 de 4 Título: Acceso individual a información médica protegida

©Copyright 2019 Dignity Health. Sólo para uso interno.



**Dignity Health**  
Dominican Hospital

1555 Soquel Drive  
Santa Cruz, CA 95065

**SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO  
A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

