



## Anexo A

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

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

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

AKA / otros nombres: \_\_\_\_\_

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

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

Cubre el período de atención médica desde (fecha) \_\_\_\_\_ a (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 (Nombre del hospital, centro o clínica) 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.**



Patient Identification:

First and Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**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.)

**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"/> Registros de la sala de emergencias |
| <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 consulta                | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X                 |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación            |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (Por favor especifique) _____ |  |

**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 envíemos 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

Imprimir Dirección, 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.**



170 Alameda de las Pulgas • Redwood City, CA 94062 • (650) 369-5811

**EXHIBIT A (Spanish)**  
**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PHI**



ROI

Patient Identification:

First and Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

### **Instalaciones de salud de la dignidad de Arizona:**

- 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 la dignidad de Nevada:**

- 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.**

---

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

Firma de 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



**Dignity Health**  
Sequoia Hospital

170 Alameda de las Pulgas • Redwood City, CA 94062 • (650) 369-5811

### **EXHIBIT A (Spanish)** **PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PHI**



ROI

Patient Identification:

First and Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_