

Fecha: _____ N.º de registro médico o de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Alias/Otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Cubre el período de atención médica de (fecha) _____ (fecha) _____

Usted ha solicitado acceso a la información médica sobre su persona en poder de **Bakersfield Memorial Hospital**. Para permitirnos procesar su solicitud, lea cuidadosamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

Es posible que su solicitud tenga un cargo. La forma de acceder a su información puede determinar a cuánto ascenderá dicho cargo.

1. Identifique cómo desea acceder a la información médica:

- ☐ Solo inspección
- ☐ Solo copia (*se puede aplicar un cargo*)
- ☐ Inspección y copia (*se puede aplicar un cargo*)

2. Identifique cómo desea recibir la información médica:

- ☐ Papel
- ☐ Memoria USB
- ☐ CD
- ☐ 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 Información Médica Protegida y acepto el riesgo de enviar mi Información Médica Protegida a través de un mecanismo no seguro.**

- ☐ Otro (especifique)

3. Díganos a qué tipo de información médica desea acceder (no se aplica al Centro de Pacientes en Línea) (*Marque todo lo que corresponda*):

- | | |
|--|---|
| ☐ Registros médicos completos | ☐ Notas de evolución |
| ☐ Resumen del alta médica | ☐ Pruebas de laboratorio |
| ☐ Historia clínica y exámenes físicos | ☐ Informes de radiología |
| ☐ Registros de consulta | |
| ☐ Registros de la sala de emergencias | |
| ☐ Otro (<i>especifique</i>) | |



Dignity Health.
Memorial Hospital

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

4. CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL DE PACIENTES SOLAMENTE

Dirección de correo electrónico: _____

5. **Derechos del paciente a dirigir la información médica a otra persona.** Usted tiene el derecho de pedirnos que enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Por favor, indique aquí el nombre y la dirección completa de esa persona:

Nombre y apellidos de la persona en letra de molde

Dirección en letra de molde

Ciudad, estado y código postal en letra de molde

6. 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 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 los siguientes elementos, coloque sus iniciales junto a cada uno de ellos para confirmar su solicitud.

_____ Iniciales	Registros de tratamiento de salud mental o discapacidades del desarrollo (excluye las “notas de psicoterapia”)
_____ Iniciales	Registros de tratamiento por abuso de sustancias
_____ Iniciales	Resultados de la prueba de VIH (Autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio únicamente. Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información sobre su estado de VIH <u>incluso</u> si no coloca sus iniciales en esta línea).

7. Todas las solicitudes de los pacientes (o de sus representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden en que se reciben. Una vez que el hospital haya recibido y revisado su solicitud, nos pondremos en contacto con usted para fijar la hora y el lugar en que podrá inspeccionar u obtener una copia de los registros solicitados. Si su solicitud es aceptada, nos pondremos en contacto con usted para indicarle la hora y el lugar en que podrá inspeccionar 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

Nombre en letra de molde si no es el paciente

N.º de teléfono



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

Relación del representante personal con el paciente

Identificación presentada

Nombre del empleado del hospital que verifica la información del firmante

Cargo y Departamento

Derecho de acceso dirigido por el paciente - Firma de retiro

Fecha



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