

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE

Fecha: _____ N.º de historia clínica o de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Alias / otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Abarca el período de atención médica desde: (fecha) _____ hasta: (fecha) _____

Usted ha solicitado acceso a su información médica. A fin de que podamos procesar su solicitud, lea atentamente y complete la información solicitada a continuación.

Es posible que haya tarifas asociadas a su solicitud. El formulario por medio del cual acceda a su información determinará el monto de dichas tarifas.

A. Desea acceder a la información médica sobre usted que guarda (*marque o detalle todas las opciones que correspondan*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> St. Joseph's Hospital and Medical Center – Phoenix | Dignity Health Medical Group Clinic: (<i>detalle a continuación</i>) |
| <input type="checkbox"/> St. Joseph's Hospital – Westgate | _____ |
| <input type="checkbox"/> University of Arizona Cancer Center | _____ |
| <input type="checkbox"/> Barrow Neurological Institute | _____ |
| <input type="checkbox"/> Norton Thoracic Center | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | _____ |

B. Indique con qué fin le gustaría acceder a la información médica.

- Solo para inspección.
- Solo copias (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta*).
- Inspección y copias (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta*).

C. Indique en qué formato le gustaría recibir la información médica.

- En papel.
- Formatos electrónicos: (Indique cómo le gustaría recibir la información médica.)
 - Dispositivo USB
 - CD
 - Dirección de correo electrónico (detalle la dirección de correo electrónico) _____
 - Otro (especifique) _____



Dignity Health
St. Joseph's Hospital and Medical Center

PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION



ROI

Patient Label

D. Díganos el tipo de información médica a la que desea acceder (no se aplica al Centro para Pacientes en línea) (*marque todas las opciones que correspondan*):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> historial(es) médico(s) completo(s) | <input type="checkbox"/> registros de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> resumen de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> anotaciones de progreso |
| <input type="checkbox"/> antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> análisis de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> informes de consultas | <input type="checkbox"/> informes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> registros de facturación | |
| <input type="checkbox"/> otro (<i>especifique</i>): _____ | |

E. **SOLO ACCESO AL CENTRO PARA PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL PARA PACIENTES**

Dirección de correo electrónico: _____

F. Derecho del paciente a enviar información médica a otra persona. Tiene el derecho de solicitarnos el envío de su información médica a una persona que usted elija. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Indíquenos el nombre y la dirección completa de esa persona aquí:

Nombre y apellido de la persona en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

Ciudad, estado y código postal en letra de imprenta

Las siguientes clases de información están protegidas por leyes de privacidad especiales, y el acceso a ellas puede estar sujeto a normas especiales o restringido por determinadas circunstancias; también es posible que se deba consultar el acceso con el médico o proveedor de atención médica responsable de su atención antes de revelar la información. Si usted solicita acceso a los registros relacionados con cualquiera de las siguientes opciones, coloque sus iniciales en cada elemento que corresponda para confirmar su solicitud.

Centros de Arizona Dignity Health:

- _____ Registros de salud mental (no incluye "notas de psicoterapia").
- _____ Registros sobre tratamiento de abuso de sustancias.
- _____ Información relacionada con el VIH y otras enfermedades contagiosas.
- _____ Información sobre pruebas genéticas.



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

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



ROI

Patient Label

Centros de California Dignity Health:

- Registros de salud mental o tratamientos para discapacidades del desarrollo (no incluye “notas de psicoterapia”).
- Registros sobre tratamiento de abuso de sustancias.
- Resultados de análisis de VIH (Esta autorización solo incluye la divulgación de los resultados de los análisis de laboratorio. Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información relacionada con su estado de VIH, incluso si no marca esta casilla).

Centros de Nevada Dignity Health:

- Registros de salud mental (no incluye “notas de psicoterapia”).
- Registros sobre tratamiento de abuso de sustancias.
- Información sobre pruebas genéticas.

Todas las solicitudes de acceso de los pacientes (o de sus representantes personales) a su información médica se procesan en el mismo orden en que se reciben. Luego de que el hospital reciba y revise su solicitud, lo contactaremos para informarle su rechazo o aceptación. Si su solicitud fue aceptada, lo contactaremos para concertar la hora, el lugar y la forma en que podrá consultar y/u obtener una copia de los registros solicitados.

He leído los términos de acceso establecidos en el presente documento y los acepto.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del paciente o representante personal	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre en letra de imprenta (si firma alguna otra persona en nombre del paciente)	N.º de teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación del representante personal con el paciente	Documento de identidad presentado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del empleado del hospital que verifica la información del firmante	Cargo y Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Derecho de acceso ordenado por el paciente – Firma de retiro	Fecha



PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION



ROI

Patient Label

FORMULARIO DE RECHAZO DE ACCESO DEL CUIDADOR

(Solo para uso del centro)

- Rechazado de manera total
- Rechazado de manera parcial

Especifique la información a la que se niega el acceso: _____

Motivo del rechazo: _____

(NOTA: Es posible que se restrinja o rechace el acceso si usted cree de forma razonable que el brindar acceso puede poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente o de otra persona; si la información retenida fue obtenida de otra persona bajo promesa de confidencialidad y divulgarla revelaría la fuente de esa información; si la información hace referencia a otra persona y darle al paciente el acceso a ella podría causar un daño sustancial a esa persona; o si la solicitud es realizada por el representante personal del paciente y es razonable pensar que la provisión de acceso al representante personal podría causar un daño sustancial al paciente o a otra persona. Para obtener mayor orientación sobre cuándo se rechaza o restringe el acceso, consulte con un asesor legal local o con un profesional de cumplimiento del centro).

Firma: _____

Función: _____

(p. ej., médico, psicólogo, trabajador social)

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

SE DEBE COLOCAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO 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