



Anexo A

SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Fecha:

_____ N. ° de MR o N. ° de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ AKA / 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 (*Nombre del hospital, centro o clínica*) como sigue: (*Marque uno*).

B. Inspeccione solo

C. Copiar solo (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.*)

D. Papel

E. Electrónico: CD Correo electrónico Otro: _____

F. Inspeccionar y copiar (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios
adjunta.*)

G. 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.)

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):

Historia clínica completa

Registros de la sala de emergencias

Resumen de alta

Notas de progreso

Historia y física

Pruebas de laboratorio

Informes de consulta

Informes de rayos X

Registros de facturación

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**

**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.

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.

He leído y confirmo los términos de acceso aquí establecidos.

representante personal

Paciente o

Fecha de firma

de imprenta si no es el paciente

Nombre en letra

De teléfono

**Relación con el
paciente del representante personal**

Nombre del

DNI presentado

**empleado del hospital que verifica la
información del firmante**

Título y departamento

**Derecho de
acceso dirigido por el paciente - Retirar la firma**

Fecha