

SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LOS REGISTROS DE FACTURACIÓN

Fecha: _____ N° de historia clínica o cuenta si se conoce: _____

Nombre del paciente: _____ Alias / otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal _____

Nombre del hospital/centro: _____
(Obligatorio)

Cubre el período de asistencia sanitaria desde *(fecha)* _____ hasta *(fecha)* _____

Ha solicitado acceso a la información sanitaria relacionada con la facturación sobre usted. Para que podamos tramitar su solicitud de extracto de facturación, le rogamos que lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

Seleccione los documentos que solicita:

Estado de cuenta detallado Otro _____

Seleccione su preferencia para recibir estos documentos:

- Envío por correo postal a la dirección del estado de cuenta
- Envío por correo electrónico seguro a: _____
- Envío por correo electrónico no seguro a: _____

NOTA: Lo animamos a que utilice un correo electrónico seguro porque protege mejor su privacidad, pero le enviaremos a su dirección de correo electrónico (no segura) si nos lo indica.

Derecho del paciente a dirigir el extracto de facturación a otra persona. Usted tiene derecho a pedirnos que le enviemos su extracto de facturación a una persona de su elección. Si desea que le enviemos sus registros a otra persona, indique aquí el nombre y la dirección completa de esa persona:

Nombre y apellido de la persona en letra de imprenta

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal _____



Si solicita que se le envíe un extracto de facturación a otra persona y el extracto puede hacer referencia a estos tipos de información, ponga sus iniciales en cada elemento aplicable para confirmar su solicitud. Algunos tipos de información de salud están especialmente protegidos por las leyes estatales o de otro tipo. Algunos estados de cuenta detallados pueden hacer referencia al pago de esos tipos de información especialmente protegidos.

- _____ Registros de salud mental
- _____ Información sobre tratamientos por abuso de sustancias
- _____ Información relacionada con el VIH y otras enfermedades contagiosas
- _____ Información sobre pruebas genéticas

Esta solicitud se tramitará por orden de recepción.

| | |
|---|---|
| _____ Firma del paciente o representante personal | _____ Fecha |
| _____ Nombre en letra de imprenta | _____ Teléfono |
| _____ Relación del representante personal con el paciente | _____ Evidencia de autoridad (Documento de poder, etc.) |

Devuelva este documento a uno de los siguientes:

Mercy Redding
mmcr-him@commonspirit.org

Mercy Mt Shasta
mmcmsroi@commonspirit.org

St Elizabeth
sechroi@commonspirit.org