



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