



ROI2

70.8.006 Anexo A

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha: _____ HC # o Cuenta #: _____

Nombre del paciente: _____

Alias / otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Se presta cobertura de salud desde (fecha) _____ (fecha) _____

Ha solicitado acceder a su información médica. A fin de permitirnos procesar su pedido lea lo siguiente con detenimiento y complete la información solicitada más abajo.

Esta solicitud puede generar cargos asociados. La manera en que acceda a su información puede determinar estos cargos.

A. Desea acceder a información médica sobre su persona guardada por **Dignity Health**

- Mercy Medical Center Redding**
- St. Elizabeth Community Hospital**
- Mercy Medical Center Mt. Shasta** del siguiente modo: (*Marque una*).

B. Identifique cómo le gustaría acceder a la información médica:

- Solo inspeccionarla
- Solo copiarla (*Pueden aplicar tarifas. Consulte la lista de precios adjunta*).
- Copia impresa
- Formato electrónico: Unidad USB CD Otro: _____
- Correo electrónico seguro: _____
- Correo electrónico no seguro: _____

***Si solicito un correo electrónico no seguro, entiendo que su uso puede poner en riesgo mi información médica protegida (PHI) y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un mecanismo no seguro.**

- Inspeccionar y copiar (*Pueden aplicar tarifas. Consulte la lista de precios adjunta*).

 Dignity Health Mercy Medical Center Redding St. Elizabeth Community Hospital Mercy Medical Center Mt. Shasta	Patient Identification / Label
PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish) (Solicitud del paciente para acceder a información médica protegida)	
Form # OPT-003S-NS (06/24) Original = HIM Department Copy Yellow = Patient Copy	

C. Háganos saber a qué tipo de información médica desea acceder (No válido para el Centro de Pacientes en Línea) (*Marque todas las opciones correspondientes*):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Registros de visitas a guardias |
| <input type="checkbox"/> Informes de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Evolución |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Historial de facturación | |
| <input type="checkbox"/> Otros (<i>especifique</i>) _____ | |

D. **ACCESO SOLAMENTE A TRAVÉS DEL CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL PARA PACIENTES**

Dirección de correo electrónico: _____

E. Derecho del paciente de enviar la información médica a otra persona. Tiene derecho a solicitar que le enviemos su información médica a otra persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Sírvase darnos el nombre y la dirección completa de esa persona aquí:

Imprima el primer apellido de la persona

Imprima el domicilio

Imprima la ciudad, el estado y el código postal

Los siguientes tipos de información se encuentran protegidos por leyes de privacidad especiales, conque su acceso podría estar sujeto a reglamentaciones particulares o estar restringido en ciertas circunstancias o requerir una consulta con su doctor o prestador médico responsable de su salud antes de su divulgación. Si solicita acceso a registros vinculados con cualquiera de los siguientes, marque cada elemento pertinente para confirmar su pedido.

Instalaciones de Dignity Health en California

- ____ Registros sobre salud mental o tratamientos de discapacidades de desarrollo (no incluye las “notas de psicoterapia”).
- ____ Registros sobre tratamientos por 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 a su estado de VIH incluso si no marca esta línea.**



Patient Identification / Label

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO
PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**
(Solicitud del paciente para acceder a información médica protegida)

Todas las solicitudes de los pacientes (o de sus representantes) para acceder a su información médica se procesan según el orden en que se reciben. Una vez que recibe y analiza su solicitud, el hospital se comunicará con usted para informarle de la aceptación o el rechazo de su solicitud. En caso de que su solicitud sea aceptada, nos comunicaremos con usted para inquirir sobre el momento, lugar y modo en que desea inspeccionar u obtener una copia de los registros solicitados.

He leído los términos de acceso estipulados en el presente documento y procedo a confirmarlo.

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Si usted no es el paciente, imprima su nombre

Número de teléfono

Relación del representante con el paciente

Identificación presentada

Nombre del empleado del hospital que corrobora la información de la persona que firma

Título y departamento

Derecho al acceso instruido por el paciente – Tomar firma

Fecha



Patient Identification / Label

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO
PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**
(Solicitud del paciente para acceder a información médica protegida)

PARA HISTORIALES PSIQUIÁTRICOS O MENTALES
AUTORIZACIÓN DEL PRESTADOR A DIVULGAR LA INFORMACIÓN
(Solo para uso del hospital)

Aprobado

Aprobado, sujeto a las siguientes restricciones: _____

Rechazo, razón del rechazo: _____

(NOTA: El acceso podría restringirse o negarse si hay motivos para creer que otorgar acceso puede poner en peligro la vida o la seguridad personal del paciente o de otra persona; la información retenida se obtuvo de otra persona bajo promesa de confidencialidad, por lo que es posible que su divulgación revele la fuente de tal información; la información hace mención a otra persona, por lo que es muy posible que otorgar acceso al paciente dañe seriamente a esa persona; el representante es el encargado de realizar la solicitud y es muy posible que otorgar acceso al representante dañe seriamente al paciente o a otra persona. Para obtener más información sobre cuándo es posible que se restrinja o niegue el acceso, consulte con una asesoría legal local o con un profesional de cumplimiento normativo.

Firma: _____ Rol: _____
(médico, psicólogo, asistente social)

Fecha: _____ Número de teléfono: _____

EN CASO DE RESTRINGIRSE O NEGARSE EL ACCESO DEBE INCLUIRSE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Línea de ayuda de facturación

Dignity Health

(888) 488-7667

Línea de ayuda del Portal del Paciente

(844) 274-8497



Mercy Medical Center Redding | St. Elizabeth Community Hospital | Mercy Medical Center Mt. Shasta

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO
PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**
(Solicitud del paciente para acceder a información médica protegida)