

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA OBTENER ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Fecha: _____ N° de H.C. o de Cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Alias/ otros nombres: _____

F. de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cod. Postal _____

Cubre el período de atención de salud del (fecha) _____ (fecha) _____

Usted ha solicitado acceso a la información de salud con respecto a usted. A los fines de permitirnos procesar su solicitud, por favor lea cuidadosamente y complete la información solicitada más abajo.

Es posible que se apliquen aranceles en relación a su solicitud. La forma en la cual usted accede a su información puede determinar el monto de dichos aranceles.

A. Usted desea acceder a la información de salud con respecto a usted que mantiene (*nombre del hospital, centro o clínica*) de la siguiente forma: (*marcar una*).

- Sólo inspeccionar
- Sólo copiar (*pueden aplicarse aranceles. Ver la lista de precios adjunta.*)
- Papel
- Electrónica: USB CD Correo electrónico _____ Otra: _____
- Inspeccionar y copiar (*pueden aplicarse aranceles. Ver la lista de precios adjunta.*)

B. Usted puede obtener lo siguiente en lugar de una copia de su historia clínica:

- Resumen escrito de la información de salud (*pueden aplicarse aranceles. Ver la lista de precios adjunta.*)

C. Infórmenos a qué tipo de información de salud desea acceder (no se aplica al Centro del Paciente en Línea) (*marque todas las que correspondan*):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia Clínica completa | <input type="checkbox"/> Registros de Sala de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y Físico | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | |
| <input type="checkbox"/> Otros (<i>especificar</i>) _____ | |

D. SÓLO ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE /CENTRO AL PACIENTE EN LÍNEA

Dirección de correo electrónico: _____

E. Derecho del paciente para dirigir información de salud a otra persona. Usted tiene derecho a solicitarnos que enviemos su información de salud a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Por favor informe 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, código postal en letra de imprenta



Dignity Health
St. Joseph's Hospital and
Medical Center

**PETICION DEL PACIENTE PARA ACCESO
A INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**



ROI

X-MR-4869S (09/16)

Patient Label

Las siguientes clases de información se encuentran protegidas bajo leyes especiales de privacidad y su acceso puede encontrarse sujeto a reglas especiales o puede encontrarse restringido en ciertas circunstancias o puede requerir la consulta con su médico o proveedor de atención de salud responsable por su atención antes de la divulgación. Si usted solicita acceso a registros relacionados a cualquiera de los siguientes, por favor coloque sus iniciales en cada uno de los lugares correspondientes para confirmar su solicitud.

- ___ Registros de salud mental (excluye “notas de psicoterapia”)
- ___ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- ___ Información relacionada al VIH y otras enfermedades contagiosas
- ___ Información de pruebas genéticas

Todas las solicitudes de los pacientes (o representantes personales de pacientes) para obtener acceso a información de salud, se procesan en el orden en el cual se reciben. Una vez recibida y revisada su solicitud, nos comunicaremos con usted para informarle el momento y el lugar y cómo podrá usted inspeccionar y/o obtener una copia de los registros solicitados.

He leído y confirmo los términos de acceso que se indican en la presente.

_____	_____
Firma del paciente o del representante personal	Fecha
_____	_____
Nombre de la persona si no es el paciente (impresión)	Teléfono
_____	_____
Relación del representante personal con el paciente	ID presentado
_____	_____
Nombre del empleado del hospital que verifica la información del firmante	Cargo y departamento
_____	_____
Derecho de Acceso Dirigido del Paciente – Firma de recogida	Fecha



**PETICION DEL PACIENTE PARA ACCESO
A INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**



Patient Label