

# 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:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

Ciudad/Estado/Código 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 **St. Elizabeth Community Hospital** de la siguiente forma: (marcar una).

Sólo inspeccionar

Sólo copiar (*pueden aplicarse aranceles. Ver la lista de precios adjunta.*)

Papel  Electrónica:  USB  CD  Otra: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

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):

Historia Clínica completa  Registros de Sala de Emergencia  
 Resumen de alta  Notas de progreso  Pruebas de laboratorio  
 Antecedentes y Físico  Registros de facturación  
 Informes de consulta  Informes de radiografías  
 Otros (especificar) \_\_\_\_\_



# Dignity Health. St. Elizabeth Community Hospital

### Patient Identification / Label

## **PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**

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 envíemos 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

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.

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.



Patient Identification / Label

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS  
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**

**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 (imprenta)

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

**PARA REGISTROS DE PSIQUIATRÍA O SALUD MENTAL**  
**APROBACIÓN DEL ENCARGADO DE CUIDADOS**  
**PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
(sólo para uso del hospital)

Aprobado

Aprobado, sujeto a las siguientes restricciones: \_\_\_\_\_

Denegado, motivo de la denegación: \_\_\_\_\_

(NOTA: el acceso sólo puede ser restringido o denegado si usted considera que proporcionar acceso probablemente pueda poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente.)

Firma: \_\_\_\_\_ Rol: \_\_\_\_\_  
(médico, psicólogo, trabajador social)

Fecha: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_



Patient Identification / Label

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS  
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**