

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA TENER ACCESO A INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SALUD
(PATIENTS REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Fecha: _____ M.R. # o #de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ También conocido como/ Otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Cubriendo el período de cuidados de salud desde *(fecha)* _____ hasta *(fecha)* _____

Usted ha solicitado acceso a información sobre su salud. Para que nos habilite procesar su solicitud, por favor lea cuidadosamente lo siguiente y llene la información solicitada a continuación.

Pueden haber cobros relacionados con su solicitud. La manera en que usted acceda a su información puede determinar el costo de tales cobros.

A. Usted querría acceso a información sobre su salud mantenida por el Glendale Memorial Hospital de esta manera *(marque una)*.

- solo inspección
- solo copia *(Pueden haber cobros. Ver lista de precios adjunta.)*
- inspección y copia *(Pueden haber cobros. Ver lista de precios adjunta.)*

B. Usted podrá obtener lo siguiente en lugar de una copia de sus registros sobre salud:

- resumen por escrito de la información sobre salud *(Pueden haber cobros. Ver lista de precios adjunta.)*

C. Cuéntenos a que tipo de información sobre salud desea usted tener acceso (marque todas las que aplican):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro(s) completo(s) sobre salud | <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta | <input type="checkbox"/> Notas sobre progreso |
| <input type="checkbox"/> Historial y físico | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Registros de cuentas | <input type="checkbox"/> Otros <i>(por favor especificar)</i> _____ |

Los siguientes tipos de información están protegidos por leyes especiales de privacidad y su acceso puede estar sujeto a reglas especiales o puede estar restringido bajo ciertas circunstancias, o antes de que se de a conocer la información, su acceso puede requerir una consulta con su médico o proveedor de servicios de salud responsable de su cuidado. Si usted está solicitando acceso a registros relacionados con cualquiera de los siguientes casos, por favor coloque sus iniciales en cada caso para confirmar su solicitud.

_____ Resultados **(que se dan a conocer por aprobación de su médico)** de una prueba para el VIH
Iniciales *(Virus de Inmunodeficiencia Humana)*

_____ Cuidados psiquiátricos **(que se darán a conocer por aprobación de su proveedor de cuidados. Ver pág. 2)**
Iniciales

_____ Tratamiento por abuso de drogas y/o alcohol *Iniciales*
Iniciales

Todas las solicitudes de los pacientes (o de sus representantes personales) para acceder a su información sobre salud, serán procesadas en el orden en que se reciban. Según la recepción y revisión de su solicitud, por parte del hospital, lo consultaremos para determinar la hora y lugar en dónde y cómo podrá inspeccionar y obtener una copia de los registros solicitados.

Esta solicitud de acceso no requerirá que Glendale Memorial Hospital suministre información sobre salud a alguna otra persona salvo a usted o a su representante personal. Si usted nos solicita que demos a conocer los registros o información sobre su salud a alguna otra persona, nosotros podremos requerir una autorización firmada (un formulario diferente a éste) de su parte, para habilitarnos a transmitir tal información.

He leído y confirmo los términos de acceso aquí establecidos.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Escriba el nombre si no es el del paciente

Telefónico

Relación con el paciente o con el representante personal

Documento de identidad presentado

Nombre del empleado del hospital que verifica
la información del signatario

Título y departamento

PARA LOS REGISTROS PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL

APROBACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS PARA DAR A CONOCER LA INFORMACION

El suscrito, médico, psicólogo registrado o trabajador social con grado de maestría en trabajo social, quien está a cargo del paciente mediante la presente aprueba desaprueba el dar a conocer la información y los registros al paciente o al representante personal aquí especificado.

(NOTA: Si la solicitud de dar a conocer la información no es aprobada, mencione a continuación las razones y anote cualesquiera restricciones con respecto a dar a conocer la información. No se requiere aprobación para dar a conocer la información al abogado del paciente, a menos que la solicitud sea para usar o para dar a conocer información entregada confidencialmente por la familia del paciente.)

Firma: _____ Grado: _____

Imprima el nombre: _____ Teléfono: _____
(médico, psicólogo, trabajador social)

Fecha: _____