

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: DOMINICAN HOSPITAL- SANTA CRUZ, CA 95065
(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 a otra dirección:

Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____

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:

- FAX: 831-465-7933
- Mail: Dignity Health IZ request
ATTN: PFS
1555 Soquel Drive in Santa Cruz, CA 95065