

# Solicitud del paciente para acceder a información de salud protegida

Fecha: \_\_\_\_\_

N.º de registro médico: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Alias/Otros nombres: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Cubriendo el período de hospitalización desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Usted ha solicitado acceso a su información de salud. Para permitirnos procesar su solicitud, lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

**Es posible que haya cargos asociados a su solicitud.** La forma en que acceda a su información puede determinar el monto de dichos cargos.

A. Identifique cómo le gustaría tener acceso a su información de salud que mantiene Dignity Health de la siguiente manera (Marque una opción).

solo copia (Pueden aplicarse cargos. Consulte la lista de precios adjunta.)

Impresión       Unidad USB       CD

Correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_  Correo electrónico no seguro: \_\_\_\_\_

\*Si solicito un correo electrónico no seguro, entiendo que el uso del correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi PHI y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un mecanismo no seguro.

Puede obtener lo siguiente en lugar de una copia de los registros médicos:

resumen escrito de la información de salud (informe especial solicitado por el médico - resumen)

B. Díganos a qué tipo de información de salud quiere acceder (Marque todo lo que corresponda):

Consultar información específica a continuación de todos los registros correspondientes a la fecha del servicio

Para mi propio uso - - - O - - -  Para seguimiento con el médico

Informe de procedimientos  Registros de la sala de emergencias

Resumen del alta  Notas de progreso

Historial y examen físico  Pruebas de laboratorio

Informes de consultas  Informes de radiografías

Electrocardiograma

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Facturación detallada

Las siguientes clases de información están protegidas por leyes especiales de privacidad y el acceso puede estar sujeto a reglas especiales o puede estar restringido bajo ciertas circunstancias o el acceso puede requerir una consulta con su médico o proveedor de atención médica responsable de su atención antes de su divulgación. Si solicita acceso a registros relacionados con cualquiera de los siguientes, escriba sus iniciales en cada punto que corresponda para confirmar su solicitud

\_\_\_\_\_ Resultados de la prueba del VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) (Se divulgarán después de la  
Iniciales aprobación de su médico.)

\_\_\_\_\_ Atención psiquiátrica (Se divulgarán después de la aprobación del cuidador.)  
Iniciales

\_\_\_\_\_ Tratamiento para el abuso de alcohol o drogas  
Iniciales

- MGH
- MHF
- MSJ
- MTH
- SNM
- WMH



Dignity Health.

Page 1 of 2

Patient Identification

## PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS TO PHI



\* R O I \*

SPSSSA20030  
(7/25) SPS.INDD

Place Patient Label Here

Todas las solicitudes de los pacientes (o sus representantes personales) para acceder a su información de salud son procesadas en el orden de recepción después de la recepción y revisión del hospital de su solicitud.

Esta solicitud de acceso no requerirá que Dignity Health proporcione su información de salud a nadie que no sea usted o su representante personal. Si nos solicita que divulgemos sus registros médicos o su información de salud a otra persona, es posible que necesitemos una autorización firmada (**un formulario distinto**) de usted para permitirnos transmitir dicha información.

**Dirección de devolución:**

3400 Data Dr., Suite 1064  
Rancho Cordova, CA 95670

**Dirección de devolución:**

155 Glasson Way  
Grass Valley, CA 95945

**He leído y confirmo los términos de acceso indicados en este documento.**

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

N.º de teléfono

Relación del representante personal con el paciente

Identificación presentada

Nombre del empleado del hospital que verifica la información del firmante

Cargo y departamento

**NOTIFICACIÓN AL MÉDICO:**

Su paciente ha solicitado copias de su registro médico. Las leyes estatales/federales le permiten denegar el acceso en determinadas circunstancias. Notifíquenos por \_\_\_\_\_ si desea denegar el acceso, de lo contrario proporcionaremos copias del registro.

**FECHA DE DIVULGACIÓN/ENVÍO DE LOS REGISTROS:** \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE DIVULGA LOS REGISTROS:** \_\_\_\_\_

CHW Policy 9.806

- MGH
- MHF
- MSJ
- MTH
- SNM
- WMH



Dignity Health.

**PATIENT'S REQUEST FOR  
ACCESS TO PHI**

Page 2 of 2

SPSSSA20030  
(7/25) SPS.INDD

Patient Identification

Place Patient Label Here