

# 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 divulguemos 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**

Patient Identification

Place Patient Label Here