

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha: _____ No. de expediente médico o No. de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Apodos/otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Se cubre el periodo de atención médica desde: (fecha) _____ hasta: (fecha) _____

Usted ha solicitado acceso a su información médica. Con el fin de permitirnos procesar su solicitud, por favor lea lo siguiente con atención y complete la información solicitada a continuación.

Puede haber tarifas asociadas con su solicitud. El formato en el que usted accede a su información puede determinar el importe de dichas tarifas.

A. Identifique cómo le gustaría acceder a la información médica:

- Solo inspeccionarla
- Solo Copiarla (*Pueden aplicar tarifas. Consulte la lista (le precios adjunte).*)
- Copia impresa
- Formato electrónico Unidad USB CD Otro: _____
- Correo electrónico seguro: _____ Correo electrónico no seguro: _____
- *Si solicito un correo electrónico no seguro, entiendo que su uso puede poner en riesgo mi información médica protegida (PHI) y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un mecanismo no seguro.**
- Inspeccionar y copiar (*Pueden aplicar tarifas. Consulte la lista de precios adjunta).*

B. Identifique en qué formato le gustaría recibir la información médica.

- Copia impresa
- Formato electrónico: (Identifique cómo lo gustaría recibir la información médica).
 - Unidad USB
 - CD
 - El Correo electrónico (escriba la dirección de correo electrónico) _____
 - Otro (*Por favor, especifique*) _____

C. Infórmenos a qué tipo de información desea acceder: (No aplicable para el centro de pacientes en línea)
(*Marque todo lo que apliquen*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> El Expedientes médicos completos | <input type="checkbox"/> Expedientes de la Sale de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas | <input type="checkbox"/> Reportes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | |
| <input type="checkbox"/> Otros (<i>Por favor, especifique</i>) _____ | |



**PATIENT'S REQUEST FOR
ACCESS TO PROTECTED
HEALTH INFORMATION**

D. **CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/SOLO ACCESO AL PORTAL DE PACIENTES**

Dirección de correo electrónico: _____

E. Derecho del paciente de enviar la información médica a otra persona. Usted tiene el derecho de solicitarnos que le enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona.

Por favor, indique el nombre y la dirección completa de esa persona a continuación:

Nombre y apellido de la persona en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

Ciudad, estado y código postal en letra de imprenta

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

_____ Expedientes de tratamiento de salud mental o discapacidades de desarrollo (excluye "notas de psicoterapia")

_____ Expedientes de tratamiento contra abuso de sustancias

_____ Resultados de pruebas de VIH (Esto solo autoriza la divulgación de los resultados de pruebas de laboratorio. Tenga presente que sus expedientes pueden incluir información relacionada con su condición de VIH incluso si usted no marca con sus iniciales en esta línea).

Todas las solicitudes de los pacientes (o sus representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden recibido. Cuando el hospital reciba y revise su solicitud, nos comunicaremos con usted para informarle sobre la denegación o la aceptación de la solicitud. Si su solicitud se acepta, nos comunicaremos con usted para informarle la hora y el lugar, además de cómo puede inspeccionar y/u obtener una copia de los expedientes solicitados.

He leído y confirmo los términos de acceso estipulados en el presente documento.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

No. de teléfono

Relación del representante personal con el paciente

ID presentada

Nombre del empleado del hospital que verifica la información de los firmantes

Cargo y departamento

Derecho de acceso para envío del paciente: Firma de recolección

Fecha



**PATIENT'S REQUEST FOR
ACCESS TO PROTECTED
HEALTH INFORMATION**