



SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Complete con letra de molde toda la información solicitada y provea el formulario completado a su centro médico.

Nombre del paciente: «LastName» «FirstName» «MiddleInitial»
Apellido Nombre Inicial segundo nombre
Fecha de nacimiento «DOB» Teléfono: «HomePhone»

Dirección: «MailingAddress1»
Ciudad: «ptCity» Estado «ptState» Codico Postal «ptZip»
Correo electrónico: _____

Solicito acceso a mi información de salud protegida mantenida por esta organización médica. Entiendo que esta solicitud será considerada y que se proporcionará una respuesta dentro del marco de tiempo requerido estatal o federal. En caso de rechazo de mi solicitud por cualquier razón, recibiré una explicación por escrito de los motivos del rechazo.

Entiendo que mi expediente médico puede tener información delicada tal como de salud mental, VIH, SIDA, abuso de sustancias, abuso sexual y/o otras afecciones relacionadas. Entiendo que estos expedientes son clasificados como privilegiados y confidenciales y no pueden ser divulgados a mí persona o a aquellos designados por mí o a mi tutor legal sin un consentimiento por escrito, expreso e informado. Además, entiendo que estos registros no serán divulgados a entidades diferentes a aquellas designadas por mí o mi representante personal de conformidad con la ley estatal o federal.

Entiendo que se requiere un formulario para cada solicitud de información.

Por este medio solicito copias de la información contenida en mis expedientes médicos para incluir lo siguiente:

- _____ Resumen del alta médica
- _____ Planes de tratamiento
- _____ Análisis de laboratorio
- _____ Vacunas
- _____ Evaluaciones psicológicas / psiquiátricas
- _____ Todos mis registros médicos incluyendo los que tienen información delicada (tales como registros de salud mental, VIH, estado de salud, abuso sexual o abuso de sustancias)
- _____ Otros (describa) _____
- _____ Informes/notas del progreso
- _____ Historia del desarrollo social
- _____ Rayos X
- _____ Estudios especiales (Electrocardiograma, Mamografía, etc.)

Autorizo la divulgación/solicitud de la información que cubre las fechas de tratamiento de: _____



**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
(PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Patient Name: «FirstName» «LastName»

Date of Birth: «DOB»

Método solicitado para responder a esta solicitud:

- Recibir información hoy.
- Copia en papel para ser enviada por correo postal a través de USPS a la dirección indicada anteriormente.
- Llamar al número de teléfono _____ para notificarme de recoger los expedientes.
- Enviarme por fax los documentos al : _____
- * Enviar correo electrónico encriptado a: _____

* Para la seguridad de su información, todos los correos electrónicos son enviados encriptados a menos que se soliciten no encriptados reconociendo el riesgo.

** Enviar correo electrónico no encriptado a:

**** Entiendo que los expedientes que se me envíen por correo electrónico no encriptado conllevan un riesgo de seguridad, pero es el método que solicito.**

«FirstName» «LastName»	
Nombre del paciente	Firma y Fecha
Firma del paciente o representante legal	Firma y Fecha

Firma del personal si el paciente no puede firmar



**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
(PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Patient Name: «FirstName» «LastName»

Date of Birth: «DOB»

Sólo para uso interno

Complete las secciones de abajo y colóquelas en el registro del paciente

El aviso de decisión es:

Aprobado y proporcionado por solicitud **Negado por la razón indicada a continuación**

La información solicitada no es parte del conjunto de registros designado del paciente.

La información solicitada no está disponible para el paciente para el acceso según lo requerido por la ley federal o estatal.

Un médico ha determinado que el acceso a la información solicitada puede poner en peligro la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona.

**Miembro del personal que tramitaba la
solicitud**

Título

Fecha

Si se rechaza, se enviará una carta de respuesta del paciente.



SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

¡Importante!

En CenterWell Senior Primary Care es importante que reciba un trato justo.

CenterWell Senior Primary Care (CenterWell) no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es ilegal. CenterWell cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Si cree que CenterWell lo ha discriminado, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja a:

Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: **1-877-320-2188** o si usa un **TTY**, llame al **711**.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** de manera electrónica a través de su portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Residentes de California:** puede llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California: **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja.

Tiene a su disposición asistencia y servicios auxiliares sin cargo. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

CenterWell proporciona asistencia y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas calificados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dicha asistencia y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar.

Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-877-320-2188 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

Diné Bizaad برای دریافت نسیه‌بالت زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

ÉNavajo: W0dah7 b44sh bee hani7 bee wolta7g7 bich9' h0d77nih 47 bee t'11 jik'eh saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66 nik1'adoowo[.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHJV5REN 0220