

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

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

PATIENT INFORMATION:		
Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	
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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica
<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento
<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio
<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas / psiquiátricas
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Otros (describa): _____ | <input type="checkbox"/> Informes/notas del progreso
<input type="checkbox"/> Historia del desarrollo social
<input type="checkbox"/> Rayos X
<input type="checkbox"/> Estudios especiales (Electrocardiograma, Mamografía, etc.) |
|--|--|

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

_____ Apellido _____ Nombre _____ inicial _____ Fecha de nacimiento _____

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

Liste la fecha(s): _____

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.**

_____ Firma del paciente _____ Fecha _____
_____ Firma del representante legal _____ Relacion con el paciente _____

SOLO PAR 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 _____