

Anexo A
SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA Fecha:

_____ N. ° de MR o N. ° de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ AKA / otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección:

_____ Código postal _____

Cubre el período de atención médica desde (fecha) _____ (fecha) _____

Ha solicitado acceso a información médica sobre usted. Para que podamos procesar su solicitud, lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

Puede haber tarifas asociadas con su solicitud. La forma en la que accedes a tu
La información puede determinar el monto de tales tarifas.

**A. Le gustaría tener acceso a la información médica sobre usted que
mantiene (Nombre del hospital, centro o clínica) como sigue: (Marque uno).**

☐ Inspeccione solo

☐ Copiar solo (Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.)

☐ Papel

☐ Electrónico: ☐ Unidad USB ☐ CD ☐ Correo electrónico ___ ☐ Otro: _____

☐ Inspeccionar y copiar (Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.)

☐ Correo electrónico seguro: _____

☐ Correo electrónico no seguro: _____

**Si solicito correo electrónico no seguro, entiendo que el uso de 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.*

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

☐ Resumen escrito de información médica (*Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.*)

C. Díganos a qué tipo de información de salud desea acceder (no se aplica al

Centro de pacientes en línea)

(Marque todo lo que corresponda):

☐ Historia clínica completa

☐ Registros de la sala de emergencias

☐ Resumen de alta

☐ Notas de progreso

☐ Historia y física

☐ Pruebas de laboratorio

☐ Informes de consulta

☐ Informes de rayos X

☐ Registros de facturación

☐ Otros (*Por favor especifica*) _____

D. ACCESO AL CENTRO DE PACIENTES / PORTAL DE PACIENTES EN LÍNEA ÚNICAMENTE

Dirección de correo electrónico: _____

E. Derecho del paciente a transmitir la información médica a otra persona. Tiene derecho a solicitarnos que enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Proporcione el nombre y la dirección completa de esa persona aquí:

_____ Nombre de
la persona en letra de imprenta

_____ Dirección en
letra de imprenta

_____ Imprimir
Ciudad, Estado, Código Postal

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 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, coloque sus iniciales en cada elemento correspondiente para confirmar su solicitud.

Instalaciones de salud de Arizona Dignity:

_____ Registros de salud mental (excluye las "notas de psicoterapia")

_____ Registros de tratamiento por abuso de sustancias

_____ Información relacionada con el VIH y otras enfermedades transmisibles.

_____ Información de pruebas genéticas

Instalaciones de salud de la dignidad de California

_____ Registros de tratamiento de salud mental o discapacidad del desarrollo (excluye las "notas de psicoterapia")

_____ Registros de tratamiento por abuso de sustancias

_____ Resultados de las pruebas de VIH (Esto autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio únicamente. Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información sobre su estado serológico con respecto al VIH, incluso si no pone sus iniciales en esta línea).

Instalaciones de salud de Nevada Dignity:

_____ Salud mental (excluye "notas de psicoterapia")

_____ Registros de tratamiento por abuso de sustancias

_____ Información de pruebas genéticas

Todas las solicitudes de los pacientes (o representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden en que se reciben. Una vez que el hospital reciba y revise su solicitud, nos comunicaremos con usted para rechazar o aceptar la solicitud. Si su solicitud es aceptada, nos comunicaremos con usted para indicarle cuándo y cómo puede inspeccionar y / u obtener una copia de los registros solicitados.

He leído y confirmo los términos de acceso aquí establecidos.

**Paciente o
representante personal**

Fecha de firma

**Nombre en letra
de imprenta si no es el paciente**

De teléfono

**Relación con el
paciente del representante personal**

DNI presentado

**Nombre del
empleado del hospital que verifica la
información del firmante**

Título y departamento

**Derecho de
acceso dirigido por el paciente - Retirar la firma**

Fecha