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

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

Nombre del paciente: _____
Apellido **Nombre** **Inicial segundo nombre** **Apellido de soltera u otro nombre**

Dirección:_____ Ciudad:_____

Estado:_____ Código postal:_____

Fecha de nacimiento: _____-_____-_____ N.° de teléfono:_____
M **D** **A**

Tipo de acceso solicitado: ❑ Copia real ❑ Resumen o explicación ❑ Vista en sitio

Solicito acceso a: (Marque solo una casilla):

- ❑ **Toda la información médica protegida en mis expedientes médicos, incluidos los registros de salud mental, VIH, estado de salud o abuso de sustancias.**
- ❑ **Información de salud protegida para las fechas de: (_____) a (_____).**
- ❑ **Información médica protegida sobre la siguiente afección o lesión:_____**
- ❑ **Otro (describa):_____**

Envíe los registros ❑ A mí O ❑ A:

_____
(Nombre y dirección si se envía por correo)

Método: ❑ Copia impresa ❑ llamar al número anterior para recoger o ❑ enviar por correo vía USPS a la dirección anterior
* ❑ Correo electrónico_____u ❑ otro método electrónico _____

***Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos se envían encriptados.**

Descargo de responsabilidad de correo electrónico no encriptado:

- ❑ **Entiendo que los registros que se me envíen por correo electrónico no encriptado conllevan un riesgo de seguridad, pero es el método que solicito para que se me envíe la información.____(Anote sus iniciales)**

FIRMA DE LA PERSONA	**FECHA**	**FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**	**FECHA**
		RELACIÓN CON LA PERSONA	

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Complete las siguientes secciones y conserve esta solicitud con los expedientes médicos del paciente.

Fecha de recepción de la solicitud:_____ ❑ correo ❑ en persona ❑ correo electrónico ❑ fax

El aviso de la decisión es: ❑ Aprobado y suministrado por solicitud ❑ Denegado por el motivo que se indica a continuación:

- ❑ La información solicitada no es parte del conjunto de registros designado del paciente.
- ❑ La información solicitada no está disponible para que el paciente acceda a ella según lo requerido por las leyes estatales y federales.
- ❑ 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.
- ❑ Otra:_____

Médico que hizo la revisión, si aplica	**Cargo**	**Teléfono**	**Completado el**
Integrante del personal que procesó la solicitud	**Cargo**	**Teléfono**	**Completado el**