

### Davis Hospital & Medical Center

#### Solicitud del Paciente para Inspeccionar y/u Obtener una Copia de Información Protegida sobre Salud

Quiero acceder a y/u obtener copias de información médica generada y mantenida por **Davis Hospital & Medical Center**. Autorizo a **Davis Hospital & Medical Center** a copiar y/o revelarme la información sobre mi salud.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**PROPOSITO DEL USO / REVELACION**

Fecha/s aproximada/s del servicio a ser usado/revelado \_\_\_\_\_

**INFORMACION A SER USADA / REVELADA**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informes de Consultas   | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta Médica    | <input type="checkbox"/> Informes de ECG         |
| <input type="checkbox"/> Informes de Sala de Emergencias                                 | <input type="checkbox"/> Anamnesis y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos/ de Procedimientos<br>Películas/Radiología | <input type="checkbox"/> Informes de Patología     | <input type="checkbox"/> Informes de             |
| <input type="checkbox"/> Otros _____   |  |  |

Entiendo que esta información puede incluir información relacionada con: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH): tratamiento por abuso de drogas o alcohol o atención mental o terapia del comportamiento o psiquiátrica, excluyendo notas sobre psicoterapia.

Quiero acceder a la información protegida sobre mi salud de la manera siguiente:

- La información identificada arriba debe ser enviada a mi persona a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

- Me gustaría recoger la información especificada arriba en las fechas y horas siguientes:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

- Quiero revisar la información protegida sobre mi salud, pero no necesito una copia. Me gustaría revisar la información descrita arriba en las siguientes fechas y horas:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Entiendo que **Davis Hospital & Medical Center** puede cobrar una cuota por el costo de copiado, enviar por correo o por otros suministros asociados con esta solicitud (sin exceder el estándar de la comunidad) y que tales cuotas deben pagarse por adelantado.

Entiendo que **Davis Hospital & Medical Center** puede negar mi solicitud de inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre mi salud en ciertas circunstancias limitadas. Entiendo que si se me niega la oportunidad de inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre mi salud, puedo pedir que esa negativa sea reconsiderada en ciertas situaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono durante el día

	Account Number:	MR Number:
	Patient Name:	
	Admit Date:	

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;"><b>Davis Hospital</b></p> <p style="margin: 0;">AND MEDICAL CENTER</p> <p style="margin: 0;">1600 West Antelope Drive - Layton, UT 84041</p> <p style="margin: 0;">(801) 807-1000</p>	DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
	Allergies:								
	Attending Physician Name:								