

Glenwood Regional 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 **Glenwood Regional Medical Center**. Autorizo a **Glenwood Regional Medical Center** a copiarme y/o revelarme la información sobre mi salud.

Nombre del Paciente: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

PROÓSITO DEL USO / REVELACIÓN

Fecha/s aproximada/s del servicio a ser usado/revelado _____

INFORMACIÓN A SER USADA / REVELADA

- Informes de Consultas
- Informes de Sala de Emergencias
- Informes Quirúrgicos/ de Procedimientos Películas/Radiología
- Otros _____
- Resumen de Alta Médica
- Anamnesis y Examen Físico
- Informes de Patología
- Informes de ECG
- Informes de Laboratorio
- Informes de _____

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 **Glenwood Regional 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 **Glenwood Regional 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: _____



DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
-----	-----	-----	----	----	-------	----	-----	----

Allergies: _____

Attending Physician Name: _____