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

Nombre del Paciente: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

PROPÓSITO 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
- ❑ Resumen de Alta Médica
- ❑ Anamnesis y Examen Físico
- ❑ Informes de Patología
- ❑ Informes de ECG
- ❑ Informes de Laboratorio
- ❑ Informes de Radiología/Películas
- ❑ Otros _____

¿En que formulario desea recibir una copia de sus informes?

❑ Papel ❑ Electrónica (.pdf) → incluyendo la Continuidad del Documento de Atención

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:

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

   _____ _____ _____ _____
   Dirección Ciudad Estado C.P.

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

   _____ _____
   Fecha Hora

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

   _____ _____
   Fecha *Hora*

Entiendo que **St. Joseph Medical Center** puede requerir un pago por el costo de copiado, envío por correo o por otros suministros asociados con esta solicitud (sin exceder el estándar de la comunidad) y que tales pagos deben realizarse por adelantado.

Entiendo que **St. Joseph 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

POR FAVOR NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD. GRACIAS POR SU CUMPLIMIENTO.

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

DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	Svc	FC

Allergies:

Attending Physician Name: