

Salt Lake 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 **Salt Lake Regional Medical Center**. Autorizo a **Salt Lake Regional Medical Center** a copiar 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 **Salt Lake 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 Salt Lake 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:								
 <b>Salt Lake Regional</b> MEDICAL CENTER 1050 East South Temple - Salt Lake City - Utah 84102 (801) 350-4111	DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
Allergies:									
Attending Physician Name:									