

**Odessa 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 **Odessa Regional Medical Center**. Autorizo a **Odessa Regional 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
  - Películas/Radiología
  - Otros \_\_\_\_\_
  - Resumen de Alta Médica
  - Anamnesis y Examen Físico
  - Informes de Patología
  - Informes de ECG
  - Informes de Laboratorio
  - Informes de \_\_\_\_\_
- En cual forma desea usted recibir una copia de sus archivos?**  Papel  Electronico (pdf)
- Includiendo la continuidad de los cuidados documento

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 **Odessa 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 **Odessa 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:	



520 East 6th Street  
Odessa, Texas 79761  
(432) 582-8000

DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
Allergies:								
Attending Physician Name:								