

**Tempe St. Luke's Hospital, (a Campus of St. Luke's 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 **Tempe St. Luke's Hospital, (a Campus of St. Luke's Medical Center)**. Autorizo a **Tempe St. Luke's Hospital, (a Campus of St. Luke's 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**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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 **Tempe St. Luke's Hospital, (a Campus of St. Luke's 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 Tempe St. Luke's Hospital, (a Campus of St. Luke's 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:								