Mercy

Solicitud del Paciente Para Acceder a Información Médica Protegida ("PHI")

Solicito mi PHI del siguiente centro de Mercy: _____

Nombre del paciente:_____ **Fecha de nacimiento del paciente:**_____

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono del paciente:_____ **N.° de Seguro Social (últimos 4 dígitos):** _____

Solicito una copia de la siguiente PHI: *(marque abajo las casillas)*

☐ Notas de la atención médica	☐ Informes radiológicos	☐ Informe de mamografía
☐ Informe de alta	☐ Informes de laboratorio	☐ Órdenes médicas
☐ Antecedentes/Exploración	☐ Electrocardiogramas	☐ Registros del Departamento de Emergencias
☐ Informes de las consultas	☐ Informes patológicos	☐ Facturas
☐ Informes quirúrgicos	☐ Comentarios de evolución	☐ Extracto de información médica
☐ Radiografías	☐ Imágenes radiológicas	☐ Psicoterapia/Notas de Consulta de SUD
☐ Otro *(especifique)*		

Fechas de atención de la PHI solicitada: Desde: _____ Hasta: _____
(si no se aclaran las fechas, se entregarán registros de todas las fechas de atención)

IMPORTANTE: Si la PHI identificada anteriormente incluye información sobre el trastorno por uso de sustancias, salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, pruebas o tratamiento del VIH/SIDA o cualquier otra información delicada, al firmar esta Solicitud de Acceso al PHI del Paciente, confirmo que estoy solicitando acceso a esta información, a menos que por el contrario especifique en detalle lo que se excluirá aquí:_____

Solicito se entregue la PHI especificada arriba:

☐ A mí
☐ A la siguiente persona/entidad:_____
(Escriba el nombre y la dirección de la persona/entidad a la que quiere que se envíe su PHI)

Solicito que la PHI se entregue en el siguiente formato (si se puede reproducir sin inconvenientes):

☐ Copia impresa
☐ Copia digital (marque abajo) ☐ PDF adjunto al email ☐ CD
☐ Subido al portal web MyMercy ☐ Otro: _____

Solicito que el acceso a la PHI se haga de la siguiente manera:

☐ Retiro personal en el centro de Mercy que nombré arriba
☐ Retiro personal en el centro de Mercy nombrado arriba por
(Escriba el nombre y el vínculo con el paciente): _____
☐ Revisión en el centro de Mercy indicado arriba: Fecha/hora de la cita pedida: _____
(Lo llamarán al número de teléfono indicado arriba para confirmar la cita)
☐ Por correo a la siguiente dirección: _____
☐ Por email mediante **correo seguro** a la siguiente dirección de correo electrónico: _____
☐ Por email mediante **correo inseguro** a la siguiente dirección de correo electrónico: _____
☐ Por fax al siguiente número:_____
☐ Disponible a través del portal web MyMercy
☐ Otro: (especifique) _____

RECONOCIMIENTOS: Entiendo que el disco compacto no es seguro y que soy responsable de proteger la información que contiene. También entiendo que un correo electrónico que no sea seguro o no esté cifrado no es seguro y que puede ser interceptado y visto por otros durante su transmisión. **Al solicitar acceso electrónico a mi PHI en un CD o por correo electrónico no asegurado, reconozco que entiendo y acepto estos riesgos.**

Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable por los costos de mano de obra, copias, franqueo y materiales según lo permite la Regla de Privacidad de HIPAA y la ley estatal. Todas las solicitudes de acceso a la información médica se procesan en el orden recibido y dentro de los plazos requeridos por ley. Una vez que Mercy reciba y revise su solicitud, podemos comunicarnos con usted para aclarar el alcance de su solicitud o para discutir cuándo, dónde y cómo puede inspeccionar y/u obtener una copia de los expedientes solicitados y cualquier tarifa relacionada. Comuníquese con nosotros si desea un estimado de las tarifas relacionadas para procesar esta solicitud.

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Acceso Solicitado Por: *(Marque Una)*

☐ Paciente ☐ Padre (para menores) ☐ Albacea

Si esta solicitud está firmada por el albacea del paciente:
Aclare su autoridad para actuar en nombre del paciente y adjunte los documentos de respaldo:

_____

Confirmación de Retiro Personal:

Los registros fueron recogidos por (nombre/firma) _____ Fecha: _____

****

SOLO PARA USO INTERNO

Verificación de Identidad:

Verificación por ID con foto: ☐ Sí ☐ No

Verificación por coincidencia de firma: ☐ Sí ☐ No

Otro: *(especifique)* _____

Verificación de Autorización:

Documentación del albacea entregada y confirmada: ☐ Sí ☐ No

Solicitud: ☐ Aprobada ☐ Denegada (motivo: _____)

Procesado por: _____ Fecha: _____