



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.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____

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

<input type="checkbox"/> Notas de la atención médica	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	<input type="checkbox"/> Informe de mamografía
<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas
<input type="checkbox"/> Antecedentes/Exploración	<input type="checkbox"/> Electrocardiogramas	<input type="checkbox"/> Registros del Departamento de Emergencias
<input type="checkbox"/> Informes de las consultas	<input type="checkbox"/> Informes patológicos	<input type="checkbox"/> Facturas
<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Comentarios de evolución	<input type="checkbox"/> Extracto de información médica
<input type="checkbox"/> Radiografías	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas	<input type="checkbox"/> 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 que solicito contiene información sobre consumo de drogas/alcohol, tratamientos de salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, análisis o tratamientos de VIH/SIDA, o cualquier otra información delicada, al firmar este formulario de solicitud de acceso a la PHI, confirmo que solicito acceso a esta información, a menos que diga lo contrario 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) _____

RECONOCIMIENTO: Entiendo que los CD no son seguros y que soy responsable de proteger la información en el CD. También entiendo que los correos electrónicos no seguros/no cifrados no están protegidos y durante su envío pueden ser interceptados y leídos por terceros. **Al pedir el envío de mi PHI en formato electrónico de CD o por correo electrónico no seguro, reconozco que entiendo y acepto estos riesgos.**

Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable por el costo de hacer las copias, el franqueo, los suministros, según lo permitido por la Norma de Privacidad de la HIPAA y la ley estatal.

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: _____