

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Complete con letra de molde toda la información solicitada y provea el formulario completado a su centro médico.

PATIENT INFORMATION:		
Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:		

Solicito acceso a mi información de salud protegida mantenida por esta organización médica. Entiendo que esta solicitud será considerada y que se proporcionará una respuesta dentro del marco de tiempo requerido estatal o federal. En caso de rechazo de mi solicitud por cualquier razón, recibiré una explicación por escrito de los motivos del rechazo.

Entiendo que mi expediente médico puede tener información delicada tal como de salud mental, VIH, SIDA, abuso de sustancias. abuso sexual y/o otras afecciones relacionadas. Entiendo que estos expedientes son clasificados como privilegiados y confidenciales y no pueden ser divulgados a mí persona o a aquellos designados por mí o a mi tutor legal sin un consentimiento por escrito, expreso e informado. Además, entiendo que estos registros no serán divulgados a entidades diferentes a aquellas designadas por mí o mi representante personal de conformidad con la ley estatal o federal.

Entiendo que se requiere un formulario para cada solicitud de información

Por este medio solicito copias de la información contenida en mis expedientes médicos para incluir lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica
<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento
<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio
<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas / psiquiátricas
<input type="checkbox"/> Todos mis registros médicos incluyendo los que tienen información delicada (tales como registros de salud mental, VIH, estado de salud, abuso sexual o abuso de sustancias)
<input type="checkbox"/> Otros (describa): _____ | <input type="checkbox"/> Informes/notas del progreso
<input type="checkbox"/> Historia del desarrollo social
<input type="checkbox"/> Rayos X
<input type="checkbox"/> Estudios especiales (Electrocardiograma, Mamografía, etc.) |
|--|--|

