



C S 0 0 2 0

**SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PATIENT ACCESS REQUEST TO THEIR PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

Spanish

Este formulario es para las solicitudes de los pacientes para acceder (ver), recibir o enviar copias de **su propia información médica**.

<b>Nombre del Paciente</b> (Patient Name)		<b>Fecha de Nacimiento</b> (Date of Birth)
<b>Nombre(s) anteriores/otros</b> (Previous / Other Name[s])		
<b>Correo electrónico*</b> (Email Address*)		<b># de Teléfono</b> (Phone)
<b>Dirección Postal</b> (Street Address)		
<b>Ciudad</b> (City)	<b>Estado</b> (State)	<b>Código Postal</b> (Zip Code)

Establecimientos a los que solicita los registros. Por favor marque (✓) lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy	<input type="checkbox"/> Good Samaritan	<input type="checkbox"/> Immanuel	<input type="checkbox"/> Lakeside	<input type="checkbox"/> Mercy Corning
<input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs	<input type="checkbox"/> Midlands	<input type="checkbox"/> Missouri Valley	<input type="checkbox"/> Nebraska Heart	<input type="checkbox"/> Plainview
<input type="checkbox"/> Schuyler	<input type="checkbox"/> St. Elizabeth	<input type="checkbox"/> St. Francis	<input type="checkbox"/> St. Mary's	
<input type="checkbox"/> Clínica (Especificar): _____		<input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____		

<b>Fechas de Servicio:</b> (Por favor, indique la fecha o el intervalo de fechas de los registros solicitados.)	De:	A:
--	-----	----

**Partes del registro solicitadas:**

(A continuación se encuentran los documentos más frecuentemente solicitados. Esto no constituye la totalidad de su expediente médico, que usted tiene derecho a solicitar.)

<input type="checkbox"/> Resumen (Incluye)	<input type="checkbox"/> Expedientes de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio
<input type="checkbox"/> Resumen del alta/Diagnóstico Final <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Archivo de inmunización (vacunas)	<input type="checkbox"/> Notas de terapia física
<input type="checkbox"/> Historial y expedientes físicos <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Informes de Radiología (es decir rayos X)	<input type="checkbox"/> Notas del médico
<input type="checkbox"/> Informes de la consulta <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Lista de los medicamentos
<input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Factura detallada
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de diagnóstico	(preparadas por el dpto. de radiología)	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**Solicito que la forma de la divulgación de la información sea:**

Electrónica (Portal del Departamento HIM) (\*Se requiere un correo electrónico)  Expediente (por correo o en persona)  
 Otro (USB, etc.):\*\* \_\_\_\_\_ (\*\*El dispositivo debe ser proporcionado por el establecimiento.)

Autorizo la divulgación de cualquier información contenida en los registros anteriores en relación con el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, condición psiquiátrica/psicológica, tratamiento psiquiátrico/de salud mental y/o condiciones relacionadas con el VIH.

Recogeré los expedientes en persona (o)  
 Por favor, envíe los expedientes a la persona o parte(s) indicada(s) en la dirección proporcionada:

<b>Nombre del destinatario</b> (Recipient Name)	<b>Correo electrónico para el recibo de los expedientes</b> (Email Address for Receipt of Records*)	
<b>Dirección Postal</b> (Street Address)		
<b>Ciudad</b> (City)	<b>Estado</b> (State)	<b>Código Postal</b> (Zip Code)

Entiendo que puede haber un cargo mínimo por los expedientes.

<b>Firma del paciente o del representante personal</b> (Signature of Patient or Personal Representative)	<b>Fecha</b> (Requerida) (Date [Required])
<b>Nombre en letra de molde</b> (Print Name)	
<b>Si es representante personal del paciente, autoridad o relación con el paciente (por ejemplo, padre, tutor legal)</b> (If Personal Representative of the Patient, Authority or Relationship to Patient [e.g., parent, legal guardian])	

**Por favor, incluya copias de cualquier documento que establezca el representante personal, como un documento de poder, documentos de tutela, documentos de albacea de la herencia o administrador del testamento).**