



SOLICITUD DE INSPECCIÓN O ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Propósito: Este formulario se usa cuando una persona solicita inspeccionar u obtener copia de la información que nosotros o uno de nuestros contratistas custodia.

SECCIÓN A: Persona que solicita acceso

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de récord médico: _____

Al SOLICITANTE: Favor de leer las advertencias y completar la información requerida.

Usted tiene derecho a obtener copia de la información que tengamos sobre usted: récord médico, facturación y pago por servicios. Usted no tiene derecho a inspeccionar o acceder información que tengamos o hayamos recopilado, en anticipación de o para uso en cualquier litigio civil, criminal o proceso administrativo. Para poder ejercer su derecho de acceso, favor de completar la Sección B. Esta solicitud será válida por 60 días desde la fecha de su firma.

SECCIÓN B: Información de salud protegida solicitada.

Especifique los récords a los cuales interesa tener acceso:

<input type="checkbox"/> Récord Médico ___ copia ___ Original	<input type="checkbox"/> Visitas médicas. Indique fechas: _____
<input type="checkbox"/> Récord Dental	<input type="checkbox"/> Reportes de Patología
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Reportes de radiología e imágenes	<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro

Usted entiende que a información en su récord médico puede incluir información sobre enfermedades sexualmente transmisibles, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia. Las divulgaciones de PHI a entidades o personas no cubiertas por HIPAA cesan de estar protegidas por las leyes de privacidad locales o federales.

1. ¿Desea usted: ¿Inspeccionar el expediente? ¿Obtener copia del expediente?
2. ¿Desea que hagamos los expedientes disponibles en:
 ¿Papel? ¿Electrónicamente?
3. ¿Desea usted que enviemos las copias por correo? SI NO
4. ¿Desea usted que enviemos las copias por correo electrónico? SI NO
5. ¿Desea usted que enviemos las copias por fax? Número de fax: _____

Favor indicar el nombre y dirección de la persona que usted interesa tenga acceso y copia de la información.

FIRMA: _____ **FECHA** _____

Si es un representante personal del asegurado, complete la siguiente información:

Nombre del Representante Personal (debe presentar evidencia) _____

Relación con el Individuo: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA PETICIÓN

Nosotros honraremos su solicitud de enviar copias electrónicas por medio de líneas no seguras de información a la dirección de correo electrónico indicada por usted en esta solicitud. Por ley debemos informarle que hay cierto nivel de riesgo en el uso del correo electrónico no protegido. Por ejemplo:

- El correo electrónico puede ser almacenado por el proveedor de servicio de Internet
- Su proveedor del servicio de Internet puede tener acceso a sus e-mails almacenados
- Nosotros podríamos enviar su información a una dirección de correo electrónico equivocada
- Un individuo no autorizado podría usar medios técnicos para acceder el correo electrónico
- Una vez le llegue el correo electrónico, su correo puede ser vulnerable a exposiciones no autorizadas