

Solicitud de la paciente para acceder al expediente médico (HIPAA)

Este formulario se puede utilizar para solicitar acceso a la información médica. Si usted no es la paciente, sino su representante personal, también debe proporcionar una prueba de su relación con la paciente u otra autorización legal para obtener acceso a la información médica de la paciente.

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

1. Quiero hacer lo siguiente (marque una o más opciones a continuación):

- Inspeccionar en persona sin cargo el expediente médico de la paciente en un momento conveniente para ambas partes.
- Obtener una copia del expediente médico de la paciente. Entiendo que, si no soy la paciente, es posible que deba pagar el cargo por hacer la copia y el costo de envío postal antes de que se me entreguen las copias.
- Obtener un resumen de la información del expediente médico de la paciente, con un cargo que acordarán las partes.
- Que me envíen una copia electrónica por fax si los registros solicitados están en formato electrónico.
- Tener acceso electrónico sin cargo a los registros solicitados en el portal de la paciente.

2. Quiero que envíen los registros solicitados a la atención de: _____

- Portal Retiro Fax _____
- Envío por correo a esta dirección: _____

3. La información que se inspeccionará o copiará incluye solo los elementos marcados a continuación. Si solo necesita información sobre determinadas fechas o tipos de tratamiento, descríbalos a continuación:

Información de facturación y pago: _____
 Expediente médico: _____
 Un resumen de la información del expediente médico que incluye lo siguiente:

4. Certifico que soy (marque lo que corresponda):

- La paciente
 - Representante personal de la paciente, y que la identificación y prueba de autorización que proporcioné son verdaderas y correctas.
- Esta es mi relación con la paciente:*
- Padre/Madre/Tutor Responsable autorizado para la toma de decisiones

Nombre de la solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

Fecha de recepción:	Método de verificación: <input type="checkbox"/> Se conoció en persona <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía <input type="checkbox"/> Dos formas de verificación alternativa:	Persona que completa el formulario:	Fecha en que se completó:
Excepción de bloqueo de información	Tipo de bloqueo IB: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Prevención de daños <input type="checkbox"/> Privacidad <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> Inviabilidad	Motivo de IB:	Proveedor de IB: