



Formulario de solicitud de acceso del paciente a los expedientes médicos

Por la presente se solicita acceso a la información Médica Dental con respecto a:

Nombre paciente: _____ Alias/Nombre de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ 4 últimos dígitos del número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

¿Qué tipo de acceso solicita usted? (Marque todos los que correspondan).

- Ver Le avisarán dentro de 10 días sobre cómo programar una cita con nuestro personal
 Copia electrónica Dentro de 30 días debe recibir una notificación para completar. Es posible que reciba su expediente médico en un disco compacto [CD] o una unidad flash USB (es posible que se apliquen tarifas).
 Copia de papel Dentro de 30 días debe recibir una notificación para completar (es posible que se apliquen tarifas).

*Fechas de tratamiento: De _____ a _____ (Especifique la fecha de servicio)

¿A qué información le gustaría acceder?

Abstracto de los expedientes para las fechas de servicio especificadas arriba: (especifique el rango de fechas arriba)
Notas del médico/de la médica, psiquiátricas, del progreso de terapia, informes de consulta, informes de procedimientos, informes de patología, informes de laboratorio, informes de imagenaría, otros estudios diagnósticos, resumen del alta médica, informes del Departamento de Emergencias, y expediente de inmunizaciones.

(Seleccione de los ítems a continuación)

- Resultados de laboratorio Declaración de facturación Expediente de inmunizaciones Notas de progreso del médico
 Notas de consulta Imagenaría Resumen del alta médica
 Historia clínica dental Carta Lista de medicamentos/problemas
 Otro _____

Salud mental de paciente externo/Expedientes de abuso de sustancias

- Notas de progreso psiquiátrico Notas de progreso de terapia Notas del tratamiento de abuso de sustancias

¿Cómo le gustaría obtener sus expedientes?

My Chart Suba a MyChart (Dirección de correo electrónico): _____

Recoger Envíe los expedientes a de la dirección de arriba Fax: _____

Aviso: si quiere que alguien que no sea usted recoja esta información en la oficina, complete la información en la sección a continuación.

Información sobre el/la representante personal:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Relación: _____

La ley nos permite denegar parte o toda su solicitud de acceso por una o más de las siguientes razones:

- Su formulario de solicitud de acceso no está firmado por usted o su representante personal;
- Su formulario de solicitud de acceso está firmado por su representante personal y el/la representante personal no ha proporcionado información sobre la fuente de su autoridad para actuar en nombre de usted;
- No mantenemos la información que ha solicitado copiar o inspeccionar;
- La información que ha solicitado no forma parte de sus expedientes;
- Su solicitud es para notas de psicoterapia;
- Su solicitud incluye información compilada para litigios;
- Un profesional de la salud con licencia ha determinado que es probable que el acceso solicitado ponga en peligro su vida o seguridad o la vida o seguridad de otra persona o le cause un daño sustancial a usted o a otra persona;
- Su solicitud incluye información que no está sujeta a acceso bajo el Acta Federal de Confidencialidad; o
- Su solicitud se relaciona con cierta información que se obtuvo de una fuente confidencial y no estamos obligados a proporcionarle acceso por ley.

Dentro de las limitaciones de la ley, haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud.

Se procesan todas las solicitudes de acceso de los pacientes (o representantes personales) a su información médica en el orden recibido. Después de que Keystone Health reciba y revise su solicitud, se pondrá en contacto con usted para informarle cuándo y cómo puede inspeccionar y / u obtener una copia de los expedientes solicitados. Como lo exige la Regla de Privacidad de HIPAA [siglas en inglés de Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos], estamos obligados a proporcionarle acceso a su PHI [siglas en inglés de Información Médica Protegida] dentro de 30 días. En caso de que se requiera más tiempo, se le avisará.

Esta solicitud de acceso no requerirá que Keystone Health brinde información médica sobre usted a cualquier persona que no sea usted o su representante personal. Si nos solicita que divulguemos expedientes médicos o información sobre usted a otra persona, es posible que necesitemos una autorización firmada (un formulario diferente) de usted para que podamos transmitir dicha información.

He leído y confirmo los términos de acceso aquí establecidos.

Firma paciente (Se requiere la firma de un menor (edades [14-17] para los expedientes siguientes
Información relacionada con el VIH, tratamiento sexualmente relacionado, atención de salud
mental, tratamiento del abuso de sustancias/

Fecha

Firma padre o madre / Tutor legal, o Representante autorizado

Fecha

Envíe este formulario por correo a:

Keystone Health
HIM- Release of Information Department
111 Chambers Hill Drive, Suite 200
Chambersburg, PA 17201
Teléfono: (717) 709-7960 número de Fax: (717) 217-1937
Email: khc-him@keystonehealth.org

*****Office Use Only*****

Received by: _____ Date: _____ Site: _____

Completed by: _____ Date: _____