

**Anexo A**

**SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Fecha: \_\_\_\_\_ N. ° de MR o N. ° de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Otros nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Cubre el período de atención médica desde (fecha): \_\_\_\_\_ (fecha): \_\_\_\_\_

Ha solicitado acceso a información médica sobre usted. Para que podamos procesar su solicitud, lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

**Puede haber tarifas asociadas con su solicitud.** La forma en la que accedes a tu La información puede determinar el monto de tales tarifas.

A. Le gustaría tener acceso a la información médica sobre usted que mantiene

**Glendale Memorial Hospital and Health Center** como sigue: *(Marque uno).*

- Inspeccione solo
- Copiar solo *(Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.)*
  - Papel
  - Electrónico:  Unidad USB  CD  Correo electrónico  Other: \_\_\_\_\_
  - Inspeccionar y copiar *(Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.)*
  - Correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_
  - Correo electrónico no seguro: \_\_\_\_\_

**\* Si solicito correo electrónico no seguro, entiendo que el uso de correo electrónico noseguero puede poner en riesgo mi PHI y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un mecanismo no seguro.**

B. Puede obtener lo siguiente en lugar de una copia de los registros médicos

- Resumen escrito de información médica *(Pueden aplicarse tarifas. Consulte la lista de precios adjunta.)*

C. Díganos a qué tipo de información de salud desea acceder (no se aplica al Centro de pacientes en línea) (Marque todo lo que corresponda):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa                  | <input type="checkbox"/> Resumen de alta     |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                          | <input type="checkbox"/> Historia y física   |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio                     | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias        | <input type="checkbox"/> Informes de consul  |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación                   |  |
| <input type="checkbox"/> Otros <i>(Por favor especifica):</i> _____ |  |

D.  **ACCESO AL CENTRO DE PACIENTES / PORTAL DE PACIENTES EN LÍNEA ÚNICAMENTE**

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_



**PATIENT'S REQUEST FOR  
ACCESS TO PROTECTED  
HEALTH INFORMATION**



SPSGMH20191  
(9/25) SPS.INDD

Patient Identification

E. Derecho del paciente a transmitir la información médica a otra persona. Tiene derecho a solicitarnos que enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Proporcione el nombre y la dirección completa de esa persona aquí:

Nombre de la persona en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Imprimir Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Las siguientes clases de información están protegidas por leyes de privacidad especiales y el acceso puede estar sujeto a reglas especiales o puede estar restringido bajo ciertas circunstancias o el acceso puede requerir una consulta con su médico o proveedor de atención médica responsable de su atención antes de su divulgación. Si solicita acceso a registros relacionados con cualquiera de los siguientes, coloque sus iniciales en cada elemento correspondiente para confirmar su solicitud.

**Instalaciones de salud de la dignidad de California:**

\_\_\_\_\_ Registros de tratamiento de salud mental o discapacidad del desarrollo (excluye las "notas de psicoterapia")

\_\_\_\_\_ Registros de tratamiento por abuso de sustancias

\_\_\_\_\_ Resultados de las pruebas de VIH (Esto autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio únicamente. **Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información sobre su estado serológico con respecto al VIH, incluso si no pone sus iniciales en esta línea).**

Todas las solicitudes de los pacientes (o representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden en que se reciben. Una vez que el hospital reciba y revise su solicitud, nos comunicaremos con usted para rechazar o aceptar la solicitud. Si su solicitud es aceptada, nos comunicaremos con usted para indicarle cuándo y cómo puede inspeccionar y / u obtener una copia de los registros solicitados.

**He leído y confirmado los términos de acceso aquí establecidos.**

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
# De teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente del representante personal

\_\_\_\_\_  
DNI presentado

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado del hospital que verifica la información del firmante

\_\_\_\_\_  
Título y departamento

\_\_\_\_\_  
Derecho de acceso dirigido por el paciente - Retirar la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



**PATIENT'S REQUEST FOR  
ACCESS TO PROTECTED  
HEALTH INFORMATION**

SPSGMH20191  
(9/25) SPS.INDD

Patient Identification