

SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Fecha: _____ Nº de registro médico o Nº de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Otros nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Cubre el periodo de asistencia sanitaria desde (fecha) _____ hasta: (fecha) _____

Ha solicitado el acceso a la información sanitaria sobre usted. Para que podamos tramitar su solicitud, por favor lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

Es posible que su solicitud conlleve gastos. La forma de acceder a su información puede determinar el importe de dichas tasas.

Por favor, tenga en cuenta la información de devolución y envíela como corresponde

Sólo para expedientes médicos de hospitales

St. Rose Siena Hospital
POR FAVOR, ENVÍE SU SOLICITUD POR FAX AL 702-616-5235

St. Rose San Martin Hospital
POR FAVOR, ENVÍE SU SOLICITUD POR FAX AL 702-492-8165

St. Rose De Lima Hospital
POR FAVOR, ENVÍE SU SOLICITUD POR FAX AL 702-492-8165

Radiología/Imagen a:

St. Rose Siena y St. Rose DeLima:
Fax 702-616-5488 y teléfono 702-616-5585

St. Rose San Martin:
Fax 702-492-8338 y teléfono 702-492-8585

Grupo Médico Dignity Health - Nevada

Blue Diamond
Henderson Clinic
Pavilion MultiSpecialty
Pavilion Primary Care
Pavilion Urgent Care
Peccole Plaza Clinic
San Martin Clinic
Siena MultiSpecialty
St. Rose Dream Fund Clinic
St. Rose Specialty Clinic-CVT
St. Rose Specialty Clinic-Neuro Surgery

POR FAVOR ENVIAR SOLICITUD A:
DHMG-HIMMedicalRecords@DignityHealth.org
O Fax to 602-212-5290

Registros de facturación: Enviar a
PBSCustomerService@DignityHealth.org
O enviar Fax al 602-798-0809



SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE
A LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Identificación del Paciente

- A. Identifique cómo desea acceder a la información médica.
- Sólo inspeccionar
 - Solo copia (Pueden aplicarse tasas. Véase la lista de precios adjunta).
 - Inspeccionar y copiar (Pueden aplicarse tasas. Véase la lista de precios adjunta.)
- B. Indique en qué formato desea recibir la información médica.
- Electrónico: (Identifique cómo le gustaría recibir la información sanitaria).
 - Unidad USB
 - CD
 - Correo electrónico (indique la dirección de correo electrónico) _____
 - Papel _____
- C. Díganos a qué tipo de información desea acceder (No aplicable para el Centro de Pacientes en línea)
(Marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Registros de facturación (producidos por el depto. de facturación)	<input type="checkbox"/> Registros clínicos
<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (preparadas por el Dpto. de Radiología)
<input type="checkbox"/> Resumen de altas	<input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Inmunización (vacuna)
<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos	<input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa
<input type="checkbox"/> Otros	



SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE
A LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Identificación del Paciente

E. Derecho del Paciente a Dirigir la Información de Salud a otra persona. Usted tiene derecho a solicitar que enviemos su información médica a una persona de su elección. Necesitamos el nombre y la dirección completa de esa persona. Por favor, indique aquí el nombre y la dirección completa de esa persona:

Nombre y apellidos de la persona en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

Ciudad, estado y el código postal en letra de imprenta

Los siguientes tipos de información están protegidos por leyes especiales de privacidad y el acceso puede estar sujeto a reglas especiales o puede estar restringido bajo ciertas circunstancias o el acceso puede requerir la consulta con su médico o proveedor de atención médica responsable de su cuidado antes del alta. Si solicita acceso a los registros relacionados con cualquiera de las siguientes categorías, ponga sus iniciales en cada uno de los puntos correspondientes para confirmar su solicitud.

Instalaciones de Nevada Dignity Health:

_____ Registros de salud mental (excluye las "notas de psicoterapia")
_____ Registros de tratamiento de abuso de sustancias
_____ Información de pruebas genéticas



SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE
A LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Identificación del Paciente

Todas las solicitudes de los pacientes (o de sus representantes personales) para acceder a su información médica se procesan en el orden en que se reciben. Una vez que la clínica reciba y revise su solicitud, nos pondremos en contacto con usted para denegarle la solicitud o enviarle una copia de la documentación solicitada. Si su solicitud es para inspeccionar, nos pondremos en contacto con usted con una fecha, hora y lugar para completar esto.

Firma del paciente

Firma del representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta si no es el paciente

Número de teléfono

Relación del representante personal
con el paciente

Documento de identidad presentado

Nombre del empleado que verifica
la información del firmante

Título y Departamento

Derecho de Acceso Dirigido por el Paciente
Recogida Firma

Fecha



SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE
A LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Identificación del Paciente

FORMULARIO DE DENEGACIÓN DE ACCESO DEL PROFESIONAL MEDICO

(Sólo para uso del centro)

Denegado en su totalidad

Denegado en parte

Especifique la información cuyo acceso se deniega:

Motivo de la denegación:

(NOTA: Se puede restringir o denegar el acceso si se considera que proporcionar el acceso puede poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente o de otra persona; la información retenida se obtuvo de otra persona bajo promesa de confidencialidad y su divulgación podría revelar la fuente de dicha información; la información hace referencia a otra persona y dar acceso al paciente puede causar un daño considerable a dicha persona; la solicitud la realiza el representante personal del paciente y proporcionar acceso al representante personal puede causar un daño considerable al paciente o a otra persona. Para obtener más información sobre cuándo se puede restringir o denegar el acceso, consulte con el asesor jurídico local o con el profesional de cumplimiento del centro).

Firma

Cargo: _____
(Por ejemplo, médico, psicólogo, trabajador social)

Fecha

Teléfono:

UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DEBE INCLUIRSE EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE



SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE
A LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Identificación del Paciente