###### **SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LOS REGISTROS DE FACTURACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de historia clínica o cuenta si se conoce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alias / otros nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, estado y código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del hospital/centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Obligatorio)

Cubre el período de asistencia sanitaria desde *(fecha)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (*fecha)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha solicitado acceso a la información sanitaria relacionada con la facturación sobre usted. Para que podamos tramitar su solicitud de extracto de facturación, le rogamos que lea atentamente lo siguiente y complete la información solicitada a continuación.

**Seleccione los documentos que solicita:**

Estado de cuenta detallado  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seleccione su preferencia para recibir estos documentos:**

Envío por correo postal a la dirección del estado de cuenta

Envío por correo electrónico seguro a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Envío por correo electrónico no seguro a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Lo animamos a que utilice un correo electrónico seguro porque protege mejor su privacidad, pero le enviaremos a su dirección de correo electrónico (no segura) si nos lo indica.

**Derecho del paciente a dirigir el extracto de facturación a otra persona.** Usted tiene derecho a pedirnos que le enviemos su extracto de facturación a una persona de su elección. Si desea que le enviemos sus registros a otra persona, indique aquí el nombre y la dirección completa de esa persona:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la persona en letra de imprenta

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, estado y código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si solicita que se le envíe un extracto de facturación a otra persona y el extracto puede hacer referencia a estos tipos de información, ponga sus iniciales en cada elemento aplicable para confirmar su solicitud. Algunos tipos de información de salud están especialmente protegidos por las leyes estatales o de otro tipo. Algunos estados de cuenta detallados pueden hacer referencia al pago de esos tipos de información especialmente protegidos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registros de salud mental

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información sobre tratamientos por abuso de sustancias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH y otras enfermedades contagiosas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas

Esta solicitud se tramitará por orden de recepción.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante personal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta Teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación del representante personal con el paciente Evidencia de autoridad

(Documento de poder, etc.)

**Devuelva este documento a uno de los siguientes:**

Correo electrónico: [requestiz@optum360.com](mailto:requestiz@optum360.com)

FAX: 866-942-7487

Correo postal: Dignity Health IZ request, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741