

Solicita acceso a tu información sanitaria

Tienes derecho, según la HIPAA, a solicitar una copia de tu información sanitaria (también llamada "PHI"). Esto incluye historiales médicos y otros documentos utilizados para tomar decisiones sobre tu atención. Sin embargo, esta solicitud **no se aplica** a las notas de psicoterapia ni a los registros preparados para procedimientos legales (por ejemplo, demandas). Por favor, complete este formulario para ayudarnos a tramitar su solicitud.

SECCIÓN 1—Individuo cuyos registros se solicitan

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Método de contacto preferido:

Teléfono #:

Correo electrónico:

SECCIÓN 2—¿Qué información y fechas solicita?

Marca la(s) casilla(s) para los registros que quieras. Para cada tipo de registro, dinos la(s) fecha(s) que deseas. Puedes elegir un rango de fechas (por ejemplo, 01/01/2022–31/12/2022) o una fecha específica (por ejemplo, 3 de abril de 2023). Si no estás seguro, puedes dejar la fecha en blanco.

Tipo de información	Fecha(s) de este disco
<input type="checkbox"/> Historia médica	_____
<input type="checkbox"/> Registros de tratamiento o visitas	_____
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	_____
<input type="checkbox"/> Registros de inmunización	_____
<input type="checkbox"/> Historial de medicación	_____
<input type="checkbox"/> Radiología/Imagen (radiografías, resonancias magnéticas, etc.)	_____
<input type="checkbox"/> Historial quirúrgico	_____
<input type="checkbox"/> Registros de urgencias	_____
<input type="checkbox"/> Todos mis historiales médicos	_____
<input type="checkbox"/> Otros (<i>describir</i>): _____	_____

SECCIÓN 3—¿Cómo desea acceder y recibir sus registros? Elige cómo quieras acceder y recibir tus registros. Puedes seleccionar más de una opción. Haremos todo lo posible para proporcionar tus registros en el formato y método de entrega que prefieras. Si el formato que elegiste no está disponible, trabajaremos contigo para encontrar una alternativa accesible. También puede solicitar un resumen o una explicación de sus registros.

Ver en persona

Copia en papel—Elige cómo quieras recibirla:

Recoger en la oficina

Envía correo a mi dirección:

Copia electrónica—Elige tu **formato y método de entrega** preferidos a continuación:

Formato (elige uno): PDF Otro: _____

Entrega (elige uno): Correo electrónico cifrado Portal del paciente CD/DVD Otros:

⚠ Nota de privacidad: Si solicitas tus registros por correo electrónico sin cifrar u otro método no seguro, puede haber riesgos para tu privacidad.

SECCIÓN 4—¿Quieres enviar los registros a otra persona?

Bajo la HIPAA, puedes solicitar que tus registros se envíen directamente a otra persona, como un familiar, cuidador o abogado. Es una petición puntual. Para solicitudes regulares o continuas, por favor rellene un formulario **separado de Autorización para Divulgar Información Sanitaria**. Por favor, consulte la **Sección 3** para sus preferencias de formato y método de entrega. Rellena la siguiente información según cómo deseas que los registros se envíen al destinatario:

Sí, por favor envíe mis registros a la persona que está abajo. No, no quiero que mis registros se envíen a nadie más.

Nombre del destinatario:

Dónde enviar los registros (dirección o correo electrónico):

Relación contigo (*opcional*):

SECCIÓN 5—¿Quién hace esta petición? Prueba uno:

Yo (Tus Registros)

Padre/Tutor

Representante Personal/Legal

Prueba de identidad (requerida):



Carné de conducir o identificación oficial Otros (especificar): _____

Si es un representante personal o legal, por favor adjunte documentación (por ejemplo, orden judicial, poder notarial) que respalde su autoridad para actuar en nombre de la persona, a menos que ya dispongamos de la documentación necesaria en su historial médico.

SECCIÓN 6—Reconocimiento

Firmando a continuación, confirmo lo siguiente:

- Entiendo que mi solicitud se tramitará en un plazo de 30 días, a menos que la ley estatal exija que se haga antes. También entiendo que el tiempo de tramitación puede extenderse hasta 30 días, y me notificarán si esto ocurre.
- Si pido ver mis registros, entiendo que puede que necesite pedir cita.
- Si solicito copias de mis registros, entiendo que puede haber tarifas razonables basadas en costes por copias, franqueo o soportes de almacenamiento, y puedo solicitar un presupuesto por adelantado.
- Si el formato que solicité no está disponible, se me proporcionarán mis registros en un formato accesible, o puedo solicitar un resumen o una explicación.
- Entiendo que en algunos casos mi solicitud puede ser denegada, y se me informará del motivo y de si tengo derecho a apelar.
- Autorizo la divulgación de mis registros a la persona que figura en la Sección 4, si procede.

Firma de un Representante Individual o Autorizado

Fecha

Nombre impreso del representante autorizado (*si no está firmado por el individuo*)

Relación con el individuo

Solo uso interno

Esta sección es solo para uso interno. El personal debe completar todos los campos aplicables para documentar el procesamiento de la solicitud, las tasas cobradas y las acciones tomadas, incluyendo aprobaciones, denegaciones o aprobaciones parciales. Si una solicitud es denegada, el personal debe documentar el motivo y cualquier acción de revisión posterior.

Fecha de recepción:	_____ / _____ / _____	Fecha de acción tomada:	_____ / _____ / _____
Acciones tomadas (marca uno):	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado (adjuntar motivo de denegación) <input type="checkbox"/> Inspección presencial		
Formato/método proporcionado:	<input type="checkbox"/> Copia en papel proporcionada <input type="checkbox"/> Copia electrónica proporcionada <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Motivos revisables para la denegación

- Peligro:** El acceso es razonablemente probable que ponga en peligro la vida o la seguridad física del individuo u otra persona.
- Fuentes confidenciales:** PHI obtenida de una fuente confidencial, y el acceso probablemente revelaría la fuente.
- Instituciones Correccionales:** La solicitud realizada por un recluso y la proporcionación de la información pondría en peligro la salud, seguridad, custodia o rehabilitación.

Motivo de la denegación:

Motivos no revisables para la denegación

- Notas de psicoterapia:** La solicitud incluye notas de psicoterapia.
- Procedimientos legales:** Información recopilada en una anticipación razonable o para su uso en un procedimiento legal.
- Ley de Privacidad:** La información está sujeta a la Ley de Privacidad, y la denegación de acceso es coherente con sus requisitos.

Revisión de la fecha de la denegación presentada:

_____ / _____ / _____

Determinación de fecha enviada al individuo:

_____ / _____ / _____

Nombre del funcionario revisor:

Notas/Comentarios:

