

### 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 quieres. Para cada tipo de registro, dinos la(s) fecha(s) que desees. 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 quieres 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 quieres 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 desees 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.

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

**Motivo de la denegación:*****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.

***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:**

---

---

---