

Solicitud del Paciente para Acceder a Información de Salud Protegida (“PHI”)

Solicito mi PHI de la Facultad a continuación: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac. _____ Cliente # _____

Dirección del Paciente: _____

Número Telefónico del Paciente: _____

Solicito una copia del siguiente PHI: *(por favor marque los casilleros a continuación)*

<input type="checkbox"/> Tratamiento/Plan de Salud	<input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas	<input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas
<input type="checkbox"/> Resumen del Alta	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Historial/Físico
<input type="checkbox"/> Reportes de Consulta	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> Estados de Cuenta
<input type="checkbox"/> Otros <i>(especificar)</i>		

Fecha(s) de Servicio o PHI Solicitado: Desde Fecha: _____ Hasta Fecha: _____

(si las fechas no son especificadas, los archivos de todas las fechas de servicio serán proporcionados)

IMPORTANTE: Confirmando que esta solicitud de información puede contener información con relación a uso de drogas/alcohol, tratamiento de salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, estudios o tratamiento de VIH/SIDA o cualquier otra información delicada.

Solicito que el PHI especificado anteriormente sea proporcionado:

A mí

A la siguiente persona/entidad: _____

(Especifique nombre y dirección de la persona/entidad a quién usted quiere que se le envíe su PHI)

Solicito que el PHI sea proporcionado en el siguiente formato (Si es que puede ser reproducido con relativa facilidad en este formato):

Copia en Papel

Copia por vía Electrónica

Archivo PDF Anexo a Correo Electrónico

Otro: _____

Solicito que el acceso a PHI sea proporcionado con el siguiente método:

Yo recogeré en Persona de la facilidad que he especificado

Recogida en Persona, por (individuo a continuación) de la facilidad que he especificado

(especifique nombre y relación con el paciente): _____

Enviado por correo postal a la siguiente dirección: _____

Enviado a través de Correo Seguro a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Enviado a través de Correo No Seguro a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Enviado por fax al siguiente número de fax: _____

Otro: *(especificar)* _____

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____ Client #: _____

ACKNOWLEDGMENT: I understand that unsecure/unencrypted e-mail is not secure and while in transit it can be intercepted and seen by others. By requesting to receive my PHI electronically I acknowledge that I understand and accept these risks.

Printed Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Access Requested By: *(Check One)*

- Patient
- Parent (for minors)
- Personal Representative

If this request is signed by the patient's personal representative:

Please specify your authority to act on behalf of the patient and attach supporting documentation:

Acknowledgment of Personal Pick Up:

Records picked up by (name/signature) _____ Date: _____

INTERNAL USE ONLY

Identity Verification:

Verification via Photo ID: Yes No

Verification via Matching Signature: Yes No

Other: *(specify)* _____

Authority Verification:

Personal representative documentation provided and checked: Yes No

Request: Approved Denied (reason: _____)

Processed by: _____ Date: _____