

## Solicitud de copia de información médica protegida

Según la ley federal, tiene derecho a pedir una copia de su información médica.

### Cómo pedir una copia de su información médica:

1. Complete el formulario de *Solicitud de copia de información médica protegida*.  
Para evitar posibles retrasos en el procesamiento de su solicitud, complete cuidadosamente el formulario, incluyendo:
  - Su dirección completa y número de teléfono por si necesitamos comunicarnos con usted sobre su solicitud.
  - La fecha en la que necesita los registros en la sección “Fecha en la que se necesitan los registros”. Para solicitudes urgentes, llame al 1-844-962-2090 o 360-729-1300.
  - Si es un padre, tutor o representante personal, incluya su relación con el paciente en la sección “Relación con el paciente” y dé la documentación requerida.
  - Indique claramente dónde y cómo quiere que se entreguen los registros.
2. Devuelva el formulario de solicitud por uno de estos métodos:
  - **Email:** [ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org)
  - **Fax:** 360-527-9383 (*Si está completando esta solicitud en un centro de PeaceHealth, puede pedirle a un cuidador que envíe el formulario por fax en su nombre*).
  - **Correo:** PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services  
1115 SE 164<sup>th</sup> Avenue, Dept.336  
Vancouver, WA 98683

### Qué esperar después de enviar un formulario de solicitud:

- Su solicitud se procesará dentro de los 15 días hábiles en el estado de Washington y 30 días en Oregon y Alaska.
- Se le enviará una factura por correo (si hay cargos).
- Una vez recibido el pago, los registros se entregarán en 5-7 días hábiles, según el tipo de registros y las fechas de servicio pedido.
- Si no podemos procesar su solicitud dentro de los 15 días hábiles en el estado de Washington y 30 días en Oregon y Alaska, nos comunicaremos con usted para que conozca el motivo del retraso y la fecha de procesamiento anticipada.

### Recepción de sus registros:

- Puede optar por recibir su información médica en forma impresa, electrónicamente en un CD o por email cifrado.
- PeaceHealth usa un sistema de cifrado de email para proteger los mensajes de email confidenciales. Si opta por recibir su información médica en un email cifrado, recibirá un email de aviso que contiene un enlace para acceder al mensaje completo en nuestro servidor de email seguro. Recibirá instrucciones en el email para que pueda crear una cuenta de usuario donde recibir su información.
- Tenga en cuenta que el email no cifrado transmitido por Internet tiene el riesgo de ser interceptado por personas no autorizadas.
- Después de 15 días hábiles en el estado de Washington y 30 días en Oregon y Alaska, si no recibió sus expedientes o no lo han contactado, antes de comunicarse con HIM revise la carpeta de correo electrónico basura.

(This page goes to patient-Do not scan into record)

## Solicitud de copia de información médica protegida

*Nota: La mayoría de las solicitudes se envían dentro de los 15 días hábiles. Para evitar retrasos, escriba claramente y firme.*

(\* = CAMPOS REQUERIDOS)

### \*INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE CUYOS REGISTROS SE PIDEN:

\*Nombre del paciente: Apellido \_\_\_\_\_ \*Nombre \_\_\_\_\_  
 Iniciales del segundo nombre \_\_\_\_\_  
 \*Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_  
 \*Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche \_\_\_\_\_  
 \*Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ \*Fecha en que se necesitan los registros: \_\_\_\_\_

### \*¿QUÉ REGISTROS DEL CENTRO SE NECESITAN? (marque todas las opciones que correspondan)

Ubicación	Hospital	PHMG	Ubicación	Hospital	PHMG
Springfield	<input type="checkbox"/> Riverbend Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	Longview	<input type="checkbox"/> St John Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica
Eugene	<input type="checkbox"/> University District	<input type="checkbox"/> Clínica	Bellingham	<input type="checkbox"/> St Joseph	<input type="checkbox"/> Clínica
Cottage Grove	<input type="checkbox"/> Cottage Grove Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica	Friday Harbor	<input type="checkbox"/> Peace Island Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica
Florence	<input type="checkbox"/> Peace Harbor Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica	Sedro-Woolley	<input type="checkbox"/> United General	<input type="checkbox"/> Clínica
Vancouver	<input type="checkbox"/> Southwest Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	Ketchikan	<input type="checkbox"/> Ketchikan Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica

Otra ubicación: \_\_\_\_\_

### \*ENVIAR REGISTROS A (DESTINATARIO):

Enviar a la dirección del paciente de arriba

Nombre del centro \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### \*CÓMO ENVIAR REGISTROS:

Enviar por correo a la dirección del destinatario

Enviar por fax al número: \_\_\_\_\_

Enviar por email a: \_\_\_\_\_

Otro método de envío (describa): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### \*RANGO NECESARIO DE FECHAS DE VISITA (SELECCIONE UNO):

Específico: (del) \_\_\_\_\_ (al) \_\_\_\_\_  
 Historial de un año  Otro: \_\_\_\_\_

### \*INFORMACIÓN NECESARIA:

Documentación del proveedor, lista de medicamentos e información de diagnóstico: Laboratorio, radiografía, electrocardiograma (estos son los artículos más pedidos)

Películas de imágenes  Registros de facturación  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Complete los expedientes médicos, esto incluye todos y cada uno de los expedientes, incluyendo los registros de facturación para las fechas mencionadas arriba.

### Reconocimientos:

- Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo que cubre las copias, incluyendo los suministros, el trabajo y los gastos de envío.
- Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información sobre el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Entiendo que debo dar documentación legal si soy el tutor o el Poder notarial médico.



**\*Solicitante:** (escriba su nombre aqui) **\*Firma:** \_\_\_\_\_ **\*Fecha:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Paciente (él mismo)  Padre/\*tutor legal  \*DPOA  Otro: \_\_\_\_\_

\* Adjunte prueba de tutela/DPOA (poder notarial médico) con esta solicitud.

**OPCIONES PARA DEVOLVER ESTE FORMULARIO COMPLETO:** Fax: 360-527-9383

Email: [releaseofinfo@peacehealth.org](mailto:releaseofinfo@peacehealth.org)

Enviar por correo a: PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164<sup>th</sup> Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame al 1-844-962-2090

SYS1001-S (08/03/22) Request for Copy of Protected Health Information - Spanish P 3 of 3

DocType Description – ROI (Release of Information Authorization)