



PeaceHealth

REQUEST FOR ACCESS TO OR COPIES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Spanish

HIM Internal



Patient Identification

Información sobre el paciente (Use letra de molde):

APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		TELEFONO DE DIA	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL (ZIP)		TELEFONO DE NOCHE	
FECHA DE NACIMIENTO		Número de expediente médico (MRUN)	

1. Yo solicito que PeaceHealth me provea con **[por favor marque las opciones que correspondan]**:
 acceso a mi propia copia en papel mi propia copia electrónica de la información marcada en la sección N° 2.
 por las siguientes fechas de servicio (desde) _____ (hasta) _____
 y por servicios provistos en el siguiente **centro o clínica de PeaceHealth**:

2. Esta solicitud es para:
 Reportes transcritos, incluyendo reportes clínicos y auxiliares.
 Notas del cuadro clínico, incluyendo anotaciones de enfermeras, cuadro de gráficas y notas de progreso.
 Facturas
 Otros (especifique): _____

3. Yo comprendo que PeaceHealth proveerá versiones electrónicas de registro solo cuando dicha información médica es archivada electrónicamente.

4. Yo comprendo además que PeaceHealth o un servicio de copias subcontratado por PeaceHealth podría cobrarme de acuerdo a las tarifas vigentes por completar mi pedido, incluyen cargos postales.

5. Yo deseo:
 recoger o revisar la información solicitada a una hora y lugar acordados mutuamente;
 que la información solicitada sea enviada por correo a
 el domicilio listado arriba
 la siguiente dirección: _____

Firma del paciente o su representante legal _____
Fecha

Vínculo con el paciente: _____

****Por favor presente la forma completa a Health Information Management o al departamento de Medical Records****

PARA USO DE PEACEHEALTH SOLAMENTE - Date Received: _____ By: _____

Verification of identity and/or authority: _____

Access and/or copy provided by: _____
PeaceHealth Employee Signature EMR# _____ Date / Time