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 Nº 2.
   ❑ por las siguientes fechas de servicio (desde) _____ (hasta) _____
   ❑ y por servicios provistos en el siguiente **centro o clinica de PeaceHealth:**
   _____

2. Esta solicitud es para:
   ❑ Reportes transcritos, incluyendo reportes clinicos 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, incluyeno cargos postales.

5. Yo deseo:
   ❑ recoger o revisar la información solicitada a una hora y lugar acordados mutuamente;
   ❑ que la información solicitada sea eviada por correo a
      ❑ el domicilio listado arriba
      ❑ la siquiente 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 SOLMENTE - Date Received: _____ By: _____

Verification of identity and/or authority: _____

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

SYS1001T-S (11/03/10)