



**MRO es la empresa que gestiona la divulgación de expedientes médicos para PeaceHealth. Como su socio de divulgación de la información (ROI), es un placer poder ayudarlo.**

**Complete todo el formulario de autorización de ROI y asegúrese de firmarlo y fecharlo.**

El tiempo de procesamiento de las copias de los expedientes es de 5 a 7 días hábiles tras la recepción del pago, según el tipo de expediente y las fechas del servicio solicitado. La ley federal permite que PeaceHealth cobre una tarifa razonable basada en el costo para las copias de sus expedientes (consulte 45 CFR § 164.524(c)(4)).

**Para recibir las copias de sus expedientes, es posible que se le cobre una tarifa en función del siguiente programa tarifario:**

<b>Si actualmente el expediente está en formato...</b>	<b>Y usted lo recibe en formato...</b>	<b>La tarifa es de...</b>
Electrónico	Electrónico	Tarifa de \$6.50 + impuesto
Papel y electrónico	Electrónico	Tarifa de \$6.50 + impuesto
Papel y electrónico	Papel	\$0.10 por página + estampilla + impuesto
Papel	Electrónico	\$0.80 por página + estampilla + impuesto sobre la venta

**Una vez que los expedientes estén listos, recibirá una notificación por correo. Revise la información de pago que aparece en la factura. El pago puede hacerse con cheque, tarjeta de crédito o giro postal. Posteriormente, recibirá en el correo los expedientes solicitados.**

**Tenga en cuenta que es posible que se divulguen los expedientes de otro centro contenidos en los expedientes solicitados.**

**Llame al 1-844-962-2090 para consultar el estado de su solicitud, realizar un pago o hacer preguntas.**

Una vez más, le informamos que hay algunos expedientes disponibles sin cargo en [www.MyPeaceHealth.org](http://www.MyPeaceHealth.org).

(Esta página está destinada al paciente; no escanear en el expediente)

Patient Identification

SYS1001-PKT-S (01/13/20)

PeaceHealth  
Packet for:  
**Request for Copy of Protected Health Information – Spanish**  
Page 1 of 4

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

## Solicitud de copia de información de salud protegida

**Usted tiene derecho conforme a la ley federal a solicitar una copia de su información de salud.**

### Cómo solicitar una copia de su información de salud:

1. Complete el formulario de solicitud de copia de información de salud protegida.  
Para evitar posibles retrasos en el procesamiento de su solicitud, complete cuidadosamente el formulario incluyendo lo siguiente:
  - Su dirección completa y número de teléfono en caso de que necesitemos contactarlo con respecto a la solicitud.
  - La fecha en la que necesita los registros en la sección “Fecha en que necesito los registros”. Para solicitudes urgentes, llame al 1-844-962-2090.
  - Si usted es padre/madre, tutor o representante personal, incluya el vínculo con el paciente en la sección “Vínculo con el paciente” y proporcione la documentación requerida.
2. Devuelva el formulario de solicitud utilizando uno de estos métodos:
  - **Correo electrónico:** [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 postal:** PeaceHealth, HIM Department, ROI Services  
1115 SE 164<sup>th</sup> Avenue, Dept.336  
Vancouver, WA 98683

### Qué esperar después de haber enviado un formulario de solicitud:

- Su solicitud será procesada en un plazo de 15 días hábiles una vez recibida por el Departamento de Gestión de Información de Salud, Divulgación de Información en Vancouver, WA.
- Si no podemos procesar su solicitud dentro de los 15 días hábiles, nos comunicaremos con usted para informarle el motivo del retraso y la fecha de procesamiento prevista.

### Para recibir los registros:

- Puede optar por recibir su información de salud en papel, electrónicamente, en un CD o a través de un correo electrónico sin cifrar o cifrado.
- PeaceHealth utiliza un sistema de cifrado de correo electrónico para proteger los mensajes de correo electrónico confidenciales. Si elige recibir su información de salud a través de un correo electrónico cifrado, recibirá un correo electrónico de notificación con un enlace para acceder al mensaje completo en nuestro servidor de correo electrónico seguro. Las instrucciones se proporcionarán en el correo electrónico para que cree una cuenta de usuario para recibir la información.
- Tenga en cuenta que el correo electrónico no cifrado transmitido a través de Internet tiene el riesgo de ser interceptado por personas no autorizadas.
- Después de 15 días hábiles, si no ha recibido los registros ni se han comunicado con usted, revise la carpeta de spam/correo no deseado.

## Solicitud de copia de información de salud protegida

**Información del paciente para los registros solicitados**
*(a fin de evitar demoras, escriba claro y firme):*

<b>Nombre: Apellido</b> <small>obligatorio</small>	<b>Primer nombre</b> <small>obligatorio</small>
<b>Inicial segundo nombre</b>	
<b>Dirección</b> <small>obligatorio</small>	
<b>Ciudad, estado, CP</b> <small>obligatorio</small>	<b>Teléfono diurno</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b> <small>obligatorio</small>	<b>Teléfono nocturno</b>
<b>Fecha en que necesito los registros:</b> <span style="float: right;"><i>Nota: La mayoría de las solicitudes se envían dentro de 15 días hábiles.</i></span>	
<b>Enviar los registros a (seleccionar una opción)</b>	<b>Enviar a la dirección mencionada anteriormente:</b> <input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> Electrónicamente en CD
	<b>Enviar a este correo electrónico:</b> _____
	<input type="checkbox"/> Cifrado (requiere autenticación de contraseña) <input type="checkbox"/> Sin cifrar (no seguro)
	<b>Dirección del destinatario (a menos que sea la misma que la anterior):</b> <input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> Electrónicamente en CD (Centro) Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____
	<b>Enviar a este número de fax:</b> _____
	<input type="checkbox"/> <b>Enviar los registros a mi cuenta de My PeaceHealth</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Otro método de entrega (describir):</b> _____
<b>Fechas del servicio que solicito (seleccionar una opción)</b>	<input type="checkbox"/> Específicamente: (de) <small>obligatorio</small> _____ (a) <small>obligatorio</small> _____
	<input type="checkbox"/> Historial de un año <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Información solicitada</b>	Del siguiente centro/proveedor de PeaceHealth: <small>Nombre del hospital/clínica</small> _____
	<input type="checkbox"/> “Paquete experto” (más solicitado) Incluye: documentación del proveedor, lista de medicamentos e información de diagnóstico; estudios de laboratorio, radiografías, ECG
	<input type="checkbox"/> Videos de estudios por imágenes <input type="checkbox"/> Registros de facturación
	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____

**Acuses de recibo**

1. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable basada en costos que cubra el costo de la copia, como suministros, mano de obra y franqueo.
2. Si elijo que mi información de salud se envíe por correo electrónico sin cifrar, entiendo los riesgos inherentes a la seguridad asociados con la transmisión de correos electrónicos a través de Internet.
3. Entiendo que debo proporcionar documentación legal si soy el tutor o tengo el poder notarial médico.





**Solicitante:** \_\_\_\_\_ (escriba su nombre en letra de imprenta aquí) **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente:  Paciente  Padre/madre/\*tutor legal  \*Poder notarial médico duradero  
 Otro: \_\_\_\_\_

\* Adjuntar prueba de tutela o poder notarial médico duradero a la presente solicitud

**Complete todos los campos obligatorios y envíe a:**

**Correo postal:** PeaceHealth, HIM, ROI  
1115 SE 164<sup>th</sup> Ave, Dept 336  
Vancouver, WA 98683

**Fax:** 360-527-9383

**Correo electrónico:** [releaseofinfo@peacehealth.org](mailto:releaseofinfo@peacehealth.org)

**Preguntas:** 1-844-962-2090

**Staff only:** MRUN \_\_\_\_\_ Records provided?  Yes  No Initial \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient Identification

SYS1001-PKT-S (01/13/20)

PeaceHealth  
**Packet for:**  
**Request for Copy of Protected Health Information –**  
**Spanish**  
Page 4 of 4



Release of Information Authorization