

## ¿Cómo puedo obtener copias de mis registros médicos?

### Tiene tres opciones:

#### 1. Use My PeaceHealth

- Algunos registros están disponibles, gratis, en [www.MyPeaceHealth.org](http://www.MyPeaceHealth.org), incluyendo los de medicamentos, resultados de exámenes, procedimientos, etc.
- Si aún no tiene una cuenta My PeaceHealth, necesitará un código de activación. Para recibir un código de activación, comuníquese con el consultorio de su proveedor o visite [www.MyPeaceHealth.org](http://www.MyPeaceHealth.org) y haga clic en “Sign Up Now” (Registrarse ahora).

#### 2. Envíe el formulario de *Solicitud de copia de información médica protegida*

- Si los registros que necesita no están disponibles en My PeaceHealth, puede pedir recibir o hacer que se envíen copias de sus registros a un proveedor o centro por una tarifa. La ley federal permite que PeaceHealth cobre a los pacientes una tarifa razonable basada en el costo por las copias de sus registros (consulte 45 CFR § 164.524(c)(4)).

Si el registro es actualmente...	y lo recibe...	la tarifa es...
Electrónico	Electrónico	Tarifa de \$6.50 + impuestos
Impreso y electrónico	Electrónico	Tarifa de \$6.50 + impuestos
Impreso y electrónico	Impreso	\$0.10 por página + gastos de envío + impuestos
Impreso	Electrónico	\$0.08 por página + gastos de envío + impuesto sobre ventas

- Consulte las siguientes páginas para obtener más información y el formulario de solicitud.

#### 3. Solicitud del proveedor

- Si un proveedor que no pertenece a PeaceHealth necesita copias de los registros para su atención, el consultorio del proveedor puede pedir los registros, gratis, enviando una solicitud por fax al 360-527-9383.

### ¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo.

- Llame al 1-844-962-2090. Nuestro equipo de Servicio al cliente está disponible todos los días de 7 a.m. a 5:30 p.m. (hora del Pacífico).
- Email [ReleaseofInfo@peacehealth.org](mailto:ReleaseofInfo@peacehealth.org).
- Visite [www.peacehealth.org/medical-records](http://www.peacehealth.org/medical-records).

**MRO es la compañía que maneja la revelación de registros médicos para PeaceHealth. Como su socio para la Revelación de información (Release of Information, ROI), ¡es un placer prestarle servicios!**

Gracias por elegir PeaceHealth. Es un verdadero honor para nosotros ser su proveedor de atención médica de confianza.

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

Patient Identification:

SYS1001-PKT-S (08/26/20)

PeaceHealth  
 Packet for  
**Request for Copy of Protected Health Information -  
 Spanish**

1 of 4

## 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, 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 una vez que la reciba el Departamento de Administración de Información de Salud y Divulgación de Información en Vancouver, WA. Luego 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, nos comunicaremos con usted para informarle 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, si no recibió sus registros o no lo han contactado, verifique la carpeta de correo 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): \_\_\_\_\_

**Reconocimientos:**

1. 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.
2. 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).
3. Entiendo que debo dar documentación legal si soy el tutor o el Poder notarial médico.



**\*Solicitante:** (escriba su nombre aquí) **\*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-PKT-S (8/26/20) Packet for Request of Copy of Protected Health Information P 4 of 4



Release of Information Authorization