

De acuerdo a la Ley Federal, usted tiene derecho a solicitar copia de su información médica.

Cómo solicitar copia de su información médica:

- Complete la solicitud adjunta caratulada: SOLICITUD DE COPIA DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA y envíela por correo o Fax a: Health Information Management, Release of Information Department (ver debajo). Si usted completa esta solicitud en persona en un centro de PeaceHealth, puede pedirle a un miembro del personal que lo remita por fax internamente.
- Por favor incluya su dirección completa y un número de teléfono adonde podamos localizarle, en caso de que tengamos preguntas con respecto a su solicitud.
- Si uno de los padres, guardián, o persona representante firmara esta forma, por favor incluya descripción de su vínculo o relación al paciente en el espacio provisto para ello, y presente documentación necesaria para verificar su autoridad. Por favor llame al Departamento de Health Information Management, Release of Information si usted tiene alguna pregunta.

¿Cómo funciona el proceso? (Qué es de esperar):

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su registro médico que nosotros pudiéramos utilizar para tomar decisiones acerca de su cuidado.

- Su solicitud será procesada dentro de 15 días hábiles después de ser recibida por la administración de Health Information Management, o Release of Information en Vancouver, WA.
- Si no pudiéramos procesar su pedido dentro de 15 días hábiles, nos pondremos en contacto con usted para explicarle la causa y el plazo anticipado hasta completar su solicitud.
- En algunas circunstancias limitadas, su solicitud podría ser rechazada

Información para contactarnos:

PeaceHealth

Health Information Management Department

Release of Information Services

1115 SE 154th Avenue, Dept. 336

Vancouver, WA 98683

Teléfono del Servicio de clientes: (360) 729-1300

Fax: (360) 527-9383

Correo electrónico (e-mail) protegido con criptografía versus correo (e-mail) sin protección:

Usted puede escoger recibir su información médica por medio de correo con o sin protección criptográfica.

- El correo electrónico (e-mail) transmitido por internet sin protección criptográfica está en riesgo de ser interceptado por individuos no autorizados.
- PeaceHealth utiliza un sistema criptográfico para proteger los mensajes confidenciales enviados por e-mail. Si usted elije recibir su información médica por medio de e-mail con protección criptográfica, recibirá una notificación por correo electrónico conteniendo un enlace de acceso al mensaje completo en nuestro servidor de e-mail seguro. Usted deberá registrarse como usuario para acceder a la información.

Patient Identification

SYS1001-S (11/11/16)

PeaceHealth

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

Page 1 of 2

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

Información del paciente (por favor use letra de imprenta):

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Dirección		Teléfono de día
Ciudad, Estado, C.P.		Teléfono de noche
Fecha de nacimiento	Número de Registro Médico (MRN)	

Solicito que PeaceHealth me provea copias de mi información médica de la siguiente manera:

¿Qué fechas de servicio?	<input type="checkbox"/> Específica: (desde) _____ (hasta) _____ <input type="checkbox"/> Historial de un año <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Qué Instalación de PeaceHealth?	<input type="checkbox"/> Centro específico: _____ <input type="checkbox"/> Todos
¿Qué información solicita?	<input type="checkbox"/> "Pert-Pack" (transcripción de la documentación del proveedor, lista de medicamentos e información de diagnóstico; Análisis de laboratorio, Rayos X, EKG) <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____
¿En qué formato?	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Correo electrónico (ver debajo) <input type="checkbox"/> Electrónicamente en un CD <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Cómo desea que se haga el envío?	<input type="checkbox"/> Envíenme la información solicitada por medio de: <input type="checkbox"/> Correo USPS a la dirección arriba: <input type="checkbox"/> Correo USPS a la siguiente dirección: _____ <input type="checkbox"/> Protegido o <input type="checkbox"/> Sin protección (marque solo uno) al siguiente e-mail: _____ <input type="checkbox"/> Enviar la información solicitada a la siguiente persona: _____ por: <input type="checkbox"/> Correo de USPS a la siguiente dirección: _____ <input type="checkbox"/> Protegida o <input type="checkbox"/> Sin criptografía (marque uno) a la siguiente dirección de e-mail: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
Reconocimientos	1. Entiendo que PeaceHealth podría aplicar una tarifa razonable por las expensas de materiales, fotocopias, incluyendo mano de obra y franqueo. Las primeras 50 páginas de información se proveen gratis. 2. Si elijo que se envíe mi información de salud por medio de correo electrónico sin protección criptográfica, entiendo el riesgo de seguridad inherente asociado a la transmisión de e-mail por internet.

 Firma del paciente o persona autorizada a firmar por el paciente Parentesco Fecha Hora
 Entregar el formulario completo al departamento de Health Information Management o Health Records
 (Sólo para el personal)

Staff only: MRUN _____ Were records provided? Yes No Initial _____ Date _____

Patient Identification

SYS1001-S (11/11/16)

 PeaceHealth
Request for Copy of Protected Health Information
 - Spanish
 Page 2 of 2


Release of Information Authorization