

De acuerdo con la ley federal, usted tiene derecho a solicitar una copia de su información de salud.

Cómo solicitar una copia de su información de salud:

- Complete el formulario adjunto de Solicitud de copia de la información de salud protegida y envíelo por correo o fax a la Administración de Información de Salud del departamento de Divulgación de Información (consulte más adelante). Si completa esta solicitud en una instalación de PeaceHealth, puede pedirle a un miembro del personal que remita esta solicitud por fax.
- Por favor, asegúrese de incluir una dirección completa y un número telefónico donde podamos localizarlo, en caso de que tengamos alguna pregunta sobre su solicitud.
- Si un padre, tutor o representante personal firma este formulario, por favor indique su relación con el paciente en la línea correspondiente y proporcione la documentación de su autoridad, tal como se le solicita. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con la Administración de Información de Salud del departamento de Divulgación de Información.

Qué esperar:

Usted tiene derecho a examinar y obtener copias de la información de salud que podamos usar para tomar decisiones acerca de sus cuidados.

- Su solicitud se procesará dentro de los 15 días hábiles posteriores a su recepción por parte de la Administración de Información de Salud del departamento de Divulgación de Información en Vancouver, Washington.
- Si no podemos procesar su solicitud dentro del plazo de 15 días hábiles, lo contactaremos para hacerle saber la razón de la demora y la fecha de procesamiento prevista.
- Podemos rechazar su solicitud en algunas circunstancias limitadas.

Información de correo (no abierto al público):

PeaceHealth, HIM, ROI

1115 SE 164th Avenue, Dept. 336

Vancouver, WA 98683

Atención al cliente: (360) 729-1300

Fax: (360) 527-9383

Correo electrónico encriptado versus el no encriptado:

Usted puede elegir recibir su información de salud ya sea por un correo encriptado o por uno no encriptado.

- Un correo electrónico no encriptado y enviado por Internet corre el riesgo de ser interceptado por individuos no autorizados.
- PeaceHealth utiliza un sistema para encriptar correos electrónicos, a fin de proteger mensajes confidenciales. Si elige recibir su información de salud por un correo electrónico encriptado, recibirá un correo electrónico de notificación que contiene un enlace que le permite acceder al mensaje completo en nuestro servidor de correo electrónico seguro. Deberá crear una cuenta de usuario para recibir su informac

Información del paciente (en letra molde):

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Apellido | |
| Dirección de domicilio | Teléfono de contacto durante el día |
| Ciudad, estado, código postal | Teléfono de contacto durante la noche |
| Fecha de nacimiento | |

Solicito que PeaceHealth me proporcione una copia de mi información de salud de la siguiente manera:

| | |
|------------------------------------|---|
| ¿Cuál instalación de PeaceHealth? | <input type="checkbox"/> Instalación específica: _____ <input type="checkbox"/> Todas las instalaciones |
| ¿Qué fechas de servicio? | <input type="checkbox"/> Fecha específica: (desde el) _____ (hasta el) _____ <input type="checkbox"/> Historial de un año <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| ¿Qué información está solicitando? | <input type="checkbox"/> "Pert-Pack": (documentación del proveedor, lista de medicamentos e información de diagnóstico; laboratorio, radiografía, electrocardiograma) <input type="checkbox"/> Película radiográfica <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| ¿En qué formato? | <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónicamente por correo electrónico (consulte más adelante) <input type="checkbox"/> Electrónicamente en un CD <input type="checkbox"/> Mi PeaceHealth <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| ¿Cómo quiere que se le envíe? | Enviar la información solicitada a: <input type="checkbox"/> Mi persona: _____ <input type="checkbox"/> Otra persona: _____ <input type="checkbox"/> Enviar un correo electrónico a esta dirección: _____ <input type="checkbox"/> Encriptado <input type="checkbox"/> No encriptado (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Reconocimiento | 1. Entiendo que, <u>me pueden cobrar una tarifa</u> razonable, basada en los costos, que cubre el costo de una copia, esto incluye los suministros, mano de obra y envío. 2. Si elijo que mi información de salud se envíe en un correo electrónico no encriptado, reconozco los riesgos de seguridad inherentes que se relacionan con el envío de un correo electrónico por Internet. |

Firma del paciente o la persona autorizada para firmar por el paciente

Relación

Fecha

Hora

Envíe el formulario completado a la Administración de Información de salud del Departamento de divulgación de Inform

Solo para el personal: MRUN _____ Were records provided? Yes No Initial _____ Date _____

Patient Identification

SYS1001-S (02/05/18)

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


Release of Information Authorization