

Solicitud de acceso a información protegida de salud consignada en la historia clínica designada

Tenga presente que nuestro portal para pacientes MyChart es un medio fácil para obtener acceso a su historia clínica e imprimir gran parte de ella en cualquier momento. Considere el uso de MyChart para acceder a su historia clínica.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 APELLIDO NOMBRE INICIAL SEG. NOMBRE APELLIDO DE SOLTERA U OTRO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ - _____ - _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
 MES DÍA AÑO

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO (si corresponde): _____

INFORMACIÓN A COMPARTIR:

- Toda la historia clínica
- Resumen de alta médica
- Registros de medicamentos
- Informe de otros procedimientos
- Registros de vacunación
- Imágenes/videos/registros
- Antecedentes y examen físico
- Notas de progreso
- Informes de radiología
- Otro (describa): _____
- Informes de patología
- Resultados de laboratorio
- Notas/informe operatorio
- Factura detallada

FECHAS DE SERVICIO: _____

FORMATO: Inspección Copia impresa Copia electrónica

Recuerde que el correo electrónico no es un medio de comunicación seguro. Si está dispuesto a aceptar el riesgo que supone, le enviaremos sus registros por correo electrónico a pedido. Indique su dirección de correo electrónico más arriba. También puede retirar usted mismo los registros o solicitar su envío a la dirección indicada mediante el servicio de correo de EE. UU.

INFORMACIÓN A COMPARTIR: Conmigo
 Con otra persona (especifique): _____

Entiendo que recibiré una copia de este formulario y que mi solicitud será procesada en un plazo de treinta (30) días. Entiendo que si marqué la casilla "Inspección" arriba deberé concertar una cita con mi proveedor de atención médica para revisar ÚNICAMENTE la información a compartir según lo especificado aquí.

Entiendo que si marqué la casilla "Copia" arriba seré responsable del pago de cargos razonables basados en el costo de insumos, mano de obra, correo y copia de conformidad con la ley HIPAA, y que recibiré la información solicitada por correo postal de EE. UU. en la dirección indicada más arriba.

Comprendo que esta solicitud de divulgación de información puede ser denegada o restringida y que solo se comparta parte de dicha información. En ese caso, tengo derecho a solicitar que otro profesional médico matriculado revise esta decisión. Ese profesional será designado por Yale tras mi solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad que se indica a continuación.

Tengo derecho a presentar una queja por escrito ante cualquier denegación final de mi solicitud de acceso en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba tal denegación a la siguiente dirección: Privacy Officer, Yale University, P.O. Box 208255, New Haven, CT 06520-8255.

 FIRMA DEL PACIENTE

O BIEN

 FECHA

 PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA

 FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Envíe por correo, fax o escáner este formulario completo a: