

Solicitud para acceder a la información personal de salud por parte del paciente/representante personal

Request for Access to PHI by Patient/Personal Representative

Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal solicita acceso a o copias de su juego de expedientes designados. Además, el paciente o su representante personal puede indicar a CHCO que proporcione copias de su información a un tercero de su elección. Todas las solicitudes de acceso o copias de expedientes, deben presentarse por escrito.
Este formulario no debe utilizarse como una Autorización de HIPAA.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Historia clínica Nro.:
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal

Tipo de acceso solicitado

Solicitud de acceso para revisar expedientes (se programará dentro de las 24 horas, excluyendo los fines de semana y los feriados).

Para ser completado por el personal de HIM CHCO: _____
 Fecha Hora: Ubicación

Solicitud para copias de un juego de expedientes designado (se proporcionará dentro de un plazo de 10 días hábiles).

1. **Formato solicitado:** Impreso CD (para los expedientes que CHCO guarda en formato electrónico)

2. **Método de entrega:**

Correo: _____ Atención a: _____
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Correo electrónico: _____ Atención a: _____

NOTA: Los correos electrónicos no encriptados **no están protegidos** del acceso no autorizado por parte de terceros una vez que deja los sistemas electrónicos de Children's Hospital Colorado y pueden estar sujetos a uso o divulgación no autorizados. Todos los correos electrónicos se enviarán **encriptados** a menos que usted solicite específicamente que no sea así, marcando este casillero:

Fax: Por favor, envíe el expediente por fax a _____

Recogerlo en el departamento de Gestión de información de salud de CHCO
 Por favor, llámeme a este número de teléfono cuando los expedientes estén listos: _____

3. **Información del expediente solicitada**

Historia clínica del hospital

Expedientes de pacientes hospitalizados Departamento de emergencia Informes sobre cirugías/procedimientos Expedientes de pacientes ambulatorios Farmacia Otro: _____

Resultados de las pruebas

Informes de radiología Cardiología Laboratorio/patología Otro: _____

Facturación/Pago

Estado de cuenta desglosado Pagos Reclamos Otro: _____

4. **Para el período de tiempo comprendido desde** ____ / ____ / ____ **hasta** ____ / ____ / ____

- Los representantes personales no recibirán acceso a los expedientes de un menor para tratamiento si el menor era legalmente capaz para brindar su consentimiento por él mismo, a menos que el menor firme a continuación, permitiendo el acceso a esta información.
- El acceso puede ser denegado si la información no es parte del juego de expedientes designados o si se determina que el acceso podría poner en peligro o dañar al paciente o a otros. Por favor, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de CHCO.

Firma	Fecha	Firma del paciente (cuando sea requerida)
<input type="checkbox"/> Padre/Madre o Representante personal <input type="checkbox"/> Poder	<input type="checkbox"/> Pariente más cercano del fallecido	<input type="checkbox"/> Albacea testamentario

Gestión de información de la salud de CHCO 13123 E. 16th Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 • Tel.: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251



REQUEST FOR ACCESS TO PHI BY
 PATIENT/PERSONAL REPRESENTATIVE
 SPANISH

REV. 6/2016

Place Patient Identification Label Here