

## SOLICITUD DEL PACIENTE DE INFORMACIÓN DE SALUD

<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Apellido:</b>		
<b>Nombre al momento del tratamiento</b> (si difiere del nombre anterior):				
<b>Fecha de nacimiento</b> (MM/DD/AAAA):	<b>Teléfono:</b>	<b>Correo electrónico</b> (opcional):		
<b>Dirección postal:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	

### ¿Qué expedientes desea obtener? (Marque las casillas correspondientes a continuación)

Fechas del servicio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Resumen de alta                       Expedientes de la sala de emergencias                       Informes operativos/de procedimientos  
 Registros de facturación  
 Resultados de exámenes (radiografías, informes patológicos/de laboratorio)  
 Especifique: \_\_\_\_\_  
 Otro (archivos de inmunización, listas de medicamentos)  
 Especifique: \_\_\_\_\_

### ¿De qué manera desea que le entreguemos sus expedientes?

- En papel                       Entrega a domicilio                       Recogida en persona  
 En formato electrónico (correo electrónico, CD, otro)  
 Especifique: \_\_\_\_\_

### ¿A dónde desea que enviemos la información? (Complete las casillas a continuación)

 Island Hospital debería entregar mis expedientes:  A mí mismo     A un representante personal (indicado a continuación)

<b>Nombre del destinatario:</b>	<b>Teléfono del destinatario:</b>
	<b>N.º de fax del destinatario:</b>
<b>Dirección postal del destinatario:</b>	<b>Correo electrónico del destinatario</b> (si corresponde):

*(Si la solicitud es para un tercero, se requiere el formulario "Autorización para divulgar/obtener información de salud protegida").*

### Escriba su nombre y firme a continuación:

<b>Nombre del paciente o del representante personal (en letra de imprenta)</b>	<b>Vínculo (en letra de imprenta)</b>
<b>Firma del paciente o del representante personal (o firma de la persona que verificó la identificación del paciente)</b>	<b>Fecha/hora</b>

### Devuelva el formulario completo a:

Island Hospital, Medical Records 1211 24 <sup>th</sup> Street Anacortes, WA 98221	<b>Fax: (360) 299-1347</b> <b>¿Tiene preguntas? (360) 299-1326</b>
---	---

## **Explicación del uso de la Solicitud del paciente para el formulario de información de salud**

---

***La explicación que aparece a continuación está dirigida a proveedores y organizaciones de atención de salud en apoyo de los derechos de acceso de los pacientes.***

### **Objetivo**

Este formulario está destinado exclusivamente al acceso a la información de salud del paciente por parte del paciente o de su representante personal designado. Su objetivo es simplificar la solicitud para que los proveedores presten servicios de conformidad con el plazo de 15 días para el acceso del paciente en virtud de las directrices de la OCR.

En enero de 2016, la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) *emitió la directriz "Derechos de los individuos en virtud de la HIPAA para acceder a su información de salud, CFR 45 § 164.524"*. La directriz actualizada aborda el derecho del paciente a inspeccionar u obtener una copia de sus expedientes médicos y de recibir una copia de ellos o de enviarla a un individuo de su elección. La OCR brinda la siguiente explicación de esta directriz adicional: *"Brindar a los individuos acceso fácil a su información de salud les permite tener un mayor control de las decisiones relativas a su salud y bienestar".\**

Si el paciente solicita que su información de salud se transmita a través de un correo electrónico no seguro, el proveedor deberá cumplir con ello.

### **Formulario de solicitud del paciente frente al formulario de autorización**

El formulario de solicitud del paciente está destinado a facilitar el proceso de solicitud para que los pacientes obtengan su información. No se requiere la firma del paciente para ello.

El formulario de autorización para divulgar/obtener información de salud protegida debe utilizarse para todos los demás tipos de divulgación de información que requieran la firma/la autorización del paciente, como la divulgación a un tercero o debido a requisitos de información de salud protegida.

### **Derecho del individuo a dar acceso a su información de salud a otra persona**

De conformidad con la directriz de la OCR, CFR 45, 164.524(c)(3)

*"Los individuos también tienen derecho a indicar al [proveedor] que transmita su PHI [información de salud protegida] directamente a otra persona o entidad que designe. La solicitud del individuo de dirigir la PHI a otra persona debe realizarse por escrito, estar firmada por el individuo e identificar claramente a la persona designada y a dónde enviar la PHI". \*Esto requiere el uso del formulario de autorización para usar o divulgar información de salud del hospital.*

**Referencias:** \*Directriz CFR 45 164.524(c)(3) de la OCR: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/guidance/access/index.html>

Preguntas frecuentes sobre la autorización de HHS <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/faq/authorizations>