SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Favor de escribir a máquina o con letra de molde la información del paciente:

Apellido | Nombre | IM | Fecha de Nacimiento (M/D/A) | Núm. de Expediente Médico

Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

☐ SOLICITUD PARA ACCEDER E INSPECCIONAR MI INFORMACIÓN PROTEGIDA EN EL LUGAR

☐ Centro Médico LAC + USC	☐ Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos
☐ Centro Médico Olive View	☐ Centro de Multi-Servicios de Atención Ambulatoria High Desert
☐ Centro Médico Harbor-UCLA	☐ Centro de Multi-Servicios de Atención Ambulatoria Martin Luther King, Jr.
☐ Centro de Salud/CHC: _____	
☐ Otro: _____	

Nombre de la Unidad | Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

☐ SOLICITO A LA UNIDAD INDICADA ARRIBA ENVIAR UNA COPIA DE MI INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD A:

Nombre | Número de Teléfono (incluir el código de área)

Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

INFORMACIÓN A SER ACCESADA, COPIADA O INSPECCIONADA:

_____

_____

_____

PERIODO DE INSPECCIÓN: Solicito información durante el siguiente periodo:

DEL _____/_____/ _____ (Mes / Día / Año) **AL** _____/_____/ _____ (Mes / Día / Año)

☐ **SOLICITO UN RESUMEN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD** (si estuviera disponible)

Tarifas de copia: el DHS puede cobrarle una tarifa razonable por efectuar copias de su información protegida de salud a un costo de 25 centavos por página para copias de papel o fax; 50 centavos por página para copias de microfilm.

SUS DERECHOS ACERCA DE ESTA SOLICITUD DE ACCESO:
Derecho a Recibir una Copia de Esta Solicitud - Entiendo que tengo el derecho a una copia firmada del formulario si presento este formulario en persona.

MRUN

NAME

DOB/GENDER

t-HS1016

Derecho a Solicitar Revisión de Negación de Acceso- Entiendo que el DHS puede rechazar mi solicitud de acceso a mi información protegida de salud, de manera total o parcial. Si se me niega el acceso, puedo solicitar una revisión de su decisión presentando una ***Solicitud de Revisión de Negación de Acceso a la Información Protegida de salud***. En la mayoría de los casos, el DHS designará otro profesional de la salud, que no esté directamente relacionado en la decisión de negar el acceso, para encabezar una segunda revisión de su solicitud.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

O

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL: _____

Si es firmada por alguien que no sea el paciente, defina su relación y autoridad para hacerlo:

_____

FECHA:_____/_____/ _____
Mes Día Año

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Documento(s) de Identificación Presentado(s):

☐ Licencia Estatal de Conductor_____ ☐ Credencial de Identificación Estatal _____
☐ Acta de Nacimiento_____ ☐ ID Militar _____
☐ Otro (Especifique) _____

Unidad: _____

Procesado por:_____Título:_____Fecha: _____
Nombre del Empleado

Para más información acerca de sus derechos de privacidad en su salud, solicite al miembro del personal de la unidad una copia de nuestra ***Notificación de Prácticas de Privacidad***. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web: http://www.dhs.co.la.ca.us/.

MRUN

NAME

DOB/GENDER

t-HS1016