

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

<input type="checkbox"/> Centro Médico LAC + USC	<input type="checkbox"/> Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos			
<input type="checkbox"/> Centro Médico Olive View	<input type="checkbox"/> Centro de Regional de Salud High Desert			
<input type="checkbox"/> Centro Médico Harbor-UCLA	<input type="checkbox"/> Centro Ambulatorio Martin Luther King, Jr.			
<input type="checkbox"/> Centro de Salud/CHC: _____				
<input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre de la Unidad	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

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

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 / / AL / /
Mes Día Año 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

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: _____

0

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 _____
- Acta de Nacimiento _____
- Otro (Especifique) _____
- Credencial de Identificación Estatal _____
- ID Militar _____

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