

Departamento de Salud del Condado de Hamilton

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

EL SOLICITANTE ES EL: Paciente Representante legal Proveedor de salud

SOLICITUD RECIBIDA POR: Teléfono Fax En persona E-Mail PERSONA QUE NECESITA ACCESO A LA IMP: Paciente Representante autorizado Proveedor de salud

TIPO DE SOLICITUD: Copia impresa o electrónica (Complete las secciones del 1 al 3) Mis registros médicos electrónicos/Portal del paciente (Sección 1 y 4)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Obligatoria para todas las solicitudes)

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Teléfono: () -	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo electrónico:

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA (SÓLO para copia impresa o electrónica)

<input type="checkbox"/> Expediente abstracto	<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente	
<input type="checkbox"/> Sólo registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Planificación familiar / Anticonceptivos	
<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Salud mental	

Fechas solicitadas del servicio (si es necesario): _____ Fecha de vencimiento: _____ o seis meses a partir de la fecha en que el paciente o el representante legal firme el formulario de solicitud de expedientes médicos. Entiendo que tengo el derecho de revocar este formulario de solicitud en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Salud del Condado de Hamilton, sin embargo, dicha revocación no será retroactiva y cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectada. El Aviso de Prácticas de Privacidad también establece que por Ley de Privacidad usted tiene el derecho a revocatoria- S164.520

Motivo de la solicitud: Continuidad de la atención Especialista Uso personal Otro _____

Método de entrega solicitado: En persona Por correo Por fax Formato de registro: Copia impresa Copia electrónica

SECCIÓN 3: PERSONA/ENTIDAD QUE DEBE RECIBIR COPIA DE EXPEDIENTES MÉDICOS (SÓLO para copia impresa o electrónica)

Nombre:		Teléfono: () -	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal
Correo electrónico:		Fax: () -	
Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Representante autorizado <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Otro			
Firma del paciente/Representante autorizado:			Fecha:
Información emitida por:		Fax: () -	
Dirección:		Teléfono: () -	

SECCIÓN 4: PARA SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (SÓLO POR ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE)

Nombre del representante legal:		Teléfono: () -	
Correo electrónico:		Correo electrónico alternativo:	
Relación con el paciente:		<input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Representante o tutor legal <input type="checkbox"/> Otro	

PACIENTE- Entiendo que: El uso del Portal del Paciente por un representante autorizado es voluntario y no estoy obligado a otorgarle acceso a otra persona a mis expedientes médicos en mi Cuenta del Portal del Paciente. Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo la información anterior y le otorgo poder a este individuo de acceder a mi información personal de salud por medio de la Cuenta del Portal del Paciente para uso del Representante Autorizado. Puedo cancelar el acceso de este representante a mi Portal del Paciente y a mis Expedientes Médicos Electrónicos en cualquier momento poniéndome en contacto con el personal del Departamento de Administración de Información Médica del Departamento de Salud del Condado de Hamilton.

Firma del paciente para el Portal del Paciente:	Fecha:
---	--------

Representante Autorizado - Entiendo que: Este acceso como Representante Autorizado pretende ser una entrada segura y en línea a la información protegida de salud de este paciente. No puedo compartir su información de acceso con otra persona. El acceso al portal del paciente y a sus expedientes médicos electrónicos se proporciona como conveniencia al paciente/cliente y a sus representantes autorizados. El Departamento de Salud del Condado de Hamilton tiene el derecho de revocar el acceso al Portal del Paciente por un paciente o su representante autorizado en cualquier momento y por cualquier razón. Es mi responsabilidad asegurarme de que la dirección de correo electrónico esté actualizada. Entiendo que, si mi correo electrónico no está actualizado, no recibiré las notificaciones que se me envíen sobre este paciente/cliente. Si el paciente no está disponible para autorizar mi uso de su portal para pacientes, entiendo que cualquier documento relacionado con mi autoridad como representante autorizado del paciente/cliente debe entregarse al Departamento de Salud del Condado de Hamilton antes de obtener acceso al Portal para Pacientes. Al firmar a continuación, atestiguo que tengo la autoridad para solicitar y ver los registros médicos electrónicos de este paciente/cliente.

Firma del representante autorizado para el Portal del Paciente:	Fecha:
---	--------

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Completado por (el personal de HIM únicamente para solicitudes telefónicas / verbales):	Fecha:
---	--------