



# SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD

517 W. Grace Street Richmond, VA 23220 | Teléfono: (804) 783-2505 EXT: 1779 | FAX: (804) 649-1635

Como paciente de Daily Planet Health Services (DPHS), tiene derecho según la ley federal a acceder a su información de salud protegida personal que se mantiene en un "conjunto de registros designado". Para procesar su solicitud, complete este formulario y sometas a la recepciónista o sometas a la atención del Coordinador de registros médicos a la información de contacto anterior.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Fecha de Solicitud de Acceso:	Número de Teléfono:

PERSONA QUE SOLICITA INFORMACIÓN :		
Nombre:	Relación al Paciente:	Número de Teléfono:

PERSONA QUE DEBE RECIBIR LA INFORMACIÓN :		
Nombre:	Relación al Paciente:	Número de Teléfono:

### MÉTODO DE ACCESO

Usted tiene derecho de ver su información de salud protegida, obtener una copia de la información, o ambas. Indique a continuación si desea ver solo la información, obtener una copia o ambas.

- Me gustaría una **COPIA ELECTRÓNICA** de mi información de salud protegida.
  - Me gustaría que Daily Planet Health Services envíe la copia a través del portal seguro para pacientes
  - Me gustaría que Daily Planet Health Services envíe la copia por correo electrónico seguro a la siguiente dirección de correo electrónico:
  - Me gustaría que Daily Planet Health Services envíe la copia por fax al siguiente número:
  - Me gustaría que Daily Planet Health Services proporcione una copia en una unidad USB. Se puede aplicar costos adicionales.
- Me gustaría una **COPIA DURA** de mi información de salud protegida. Entiendo que Daily Planet Health Services puede cobrarme \$ 6.50 por una copia. He seleccionado mi método de entrega a continuación (si no se selecciona ninguno, recogeré la copia en el consultorio):
  - Regresaré a Daily Planet Health Services y recogeré la copia cuando esté lista.
  - Me gustaría que Daily Planet Health Services envíe la copia por correo de EE. UU. A la siguiente dirección:
- Me gustaría **VER** mi información de salud protegida. Tengo / programaré (d) una cita con Daily Planet Health Services para ver mi información de salud el \_\_\_\_\_. Entiendo que Daily Planet Health Services puede tener un miembro del personal sentado conmigo mientras reviso mi información de salud.

INFORMACIÓN REQUERIDA:			
Describa específicamente la información de salud solicitada, incluida la fecha de servicio, otra información significativa descriptoras.			
Fecha (s) de servicio:			
<input type="checkbox"/> Parte del registro (especifique a continuación)	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación
<input type="checkbox"/> Información de salud mental (especifique a continuación)	<input type="checkbox"/> Información de salud oral	<input type="checkbox"/> Otra (especifique a continuación)	
Información Adicional:			

### RESUMEN O EXPLICACIÓN

- (MARQUE SI LO DESEA)** Me gustaría que DPHS me proporcione un resumen de la información solicitada en lugar del registro solicitado. Entiendo que Daily Planet Health Services puede cobrarme una tarifa por el resumen.
- (MARQUE SI DESEA)** Me gustaría que DPHS me proporcione una explicación de la información solicitada. Entiendo que Daily Planet Health Services puede cobrarme una tarifa por la explicación.

Entiendo que DPHS tiene 30 días para procesar mi solicitud de acceso. DPHS puede extender el plazo por 30 días adicionales si es necesario si se me notifica por escrito de la extensión. Además, entiendo que mis derechos están limitados a cualquier información en mi "conjunto de registros designado" como se define en el Código de Regulaciones Federales. Al firmar a continuación, reconozco y acepto las condiciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante autorizado      Nombre impreso      Relación al paciente      Fecha



# SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD

## FOR OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE OFICINA)

<b>REQUEST RECEIVED/REVIEWED</b>			
Access request received on:		Received by:	
Access request reviewed by:			
Request has been:	<input type="checkbox"/> Accepted in full	<input type="checkbox"/> Accepted in part	<input type="checkbox"/> Denied
Letter indicating decision mailed to patient on:			

\_\_\_\_\_  
*Signature of Reviewer*

\_\_\_\_\_  
*Date*

<b>IF PATIENT WAS GIVEN ACCESS IN FULL, COMPLETE INFORMATION BELOW:</b>			
The record was:		Staff member who assisted the patient in viewing his/her information was:	
<input type="checkbox"/> Viewed by the patient on:			
<input type="checkbox"/> Sent electronically on:			
<input type="checkbox"/> Copied on:			
<input type="checkbox"/> Picked up by patient on:	<input type="checkbox"/> Mailed via US mail on:	<input type="checkbox"/> Sent to patient via ____ on:	<input type="checkbox"/> Faxed to patient on:

<b>IF PATIENT WAS GIVEN ACCESS IN PART, COMPLETE INFORMATION BELOW:</b>
Indicate which part(s) have been denied and the reason(s) why below:

<b>REVIEW</b>	
Has the patient asked for a review of the decision? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If yes, letter asking for review received on:
Decision reviewed on:	Decision reviewed by:
Reviewing official's decision:	<input type="checkbox"/> Affirm decision <input type="checkbox"/> Overturn decision (complete the disclosure information above)
Patient notified of reviewing official's decision in letter/fax sent on:	

<b>IF DENIED, COMPLETE THE INFORMATION BELOW:</b>
If denied, indicate why the request has been denied (be specific):

<b>COMMENTS OF HEALTHCARE PRACTITIONER OR REVIEWER:</b>