

Solicitud del destinatario/individuo para acceder a información médica protegida (PHI)

Tiene derecho a solicitar acceso a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que Connections Health Solutions (Connections) conserva en nuestro conjunto de registros designado. Cierta información queda excluida del acceso, como:

- La información que cumple con la definición de notas de psicoterapia.
- La información recopilada por Connections con anticipación razonable a un procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en dicho procedimiento.
- La información obtenida de otra persona si, al proporcionarle el acceso que usted solicitó, sería razonablemente probable que infrinja la confidencialidad de esa persona al revelar la fuente.
- La información que un profesional de la salud autorizado haya determinado, usando su criterio profesional, que es razonablemente probable que el acceso que usted ha solicitado ponga en riesgo su vida o seguridad física o la de otra persona, que cause un daño considerable a otra persona mencionada en su registro, o que le cause un daño considerable a usted o a otra persona.

Yo, _____
Nombre del paciente *Fecha de nacimiento* *Fecha*

solicito una copia de mi información médica protegida (PHI) de conformidad con las regulaciones sobre derecho de acceso de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Comprendo que la información que se revelará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias. Solicito registros de Connections Health Solutions.

Proporcione registros de las siguientes fechas: ____/____/____ a ____/____/____ (“presente” quivale a la fecha de la firma).

PHI ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ: *(marque la casilla de los elementos que se divulgarán)*

- Medicamentos Evaluación psiquiátrica Notas de evolución Plan de tratamiento Información de diagnóstico
 Resultados de laboratorio Citas Información financiera Evaluaciones Resumen de alta
 Información de seguro/características demográficas Otra información: _____
 Historia clínica completa (conjunto de registros designado)

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Comprendo que, si solicito a Connections que divulgue PHI a otra persona o entidad, es posible que la información deje de estar protegida por las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la HIPAA. Comprendo que Connections hará intentos razonables para proporcionar los documentos en el formato solicitado; sin embargo, si los registros no son fácilmente reproducibles en ese formato, comprendo que Connections llamará para analizar opciones de entrega alternativas. En determinadas circunstancias limitadas, Connections puede denegar una solicitud. Si se deniega una solicitud, comprendo que recibiré una explicación por escrito y una descripción de las medidas que puedo tomar en respuesta a la denegación.

Solicito que esta PHI se divulgue en la forma o el formato seleccionados:

- A mí mismo
 A una persona/entidad designada

Nombre: _____ Número del teléfono/Fax: _____ Dirección: _____

Fecha/hora: _____ Firma del paciente: _____ Solicitud verbal: _____

Miembro del personal de CHS: _____

<u>Formato Solicitado:</u>
Vista en el centro: _____
Impreso: _____ <i>(correo postal o recogida)</i>
Fax: _____
Correo electrónico: _____
Otro: _____
<i>El correo electrónico se enviará de forma segura para proteger su PHI, por lo que se deben tomar medidas adicionales para acceder a la información.</i>

Enviar formulario completo a medicalrecords@connections.shs.com o fax 602-362-3231

Si el paciente no puede firmar el formulario de autorización debido a su estado físico o su edad, complete lo siguiente:

El paciente no puede firmar porque: _____

Descripción de la autoridad del representante personal (Personal Representative, PR)/tutor para actuar en nombre del paciente:

Fecha/hora: _____ Firma del PR/tutor (si se indica): _____