

Solicitud de acceso de los pacientes a su información de salud protegida

Información del paciente (en letra de imprenta):

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

(También conocido como): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo a CRHC a publicar mis registros. ¿Dónde quiere que le enviemos la información?

Nombre del destinatario: _____ Teléfono del destinatario: _____

Dirección postal del destinatario: _____

Correo electrónico / Fax del destinatario: _____

Registros solicitados (Indique abajo qué registros está solicitando y complete según corresponda)

Fechas específicas del servicio: _____ Proveedores: _____

Informes administrativos/de procedimientos: _____

Dos (2) últimos años de Información de Salud Visitas al consultorio _____

Resultados de estudios (Resultados de Lab/Patología) Especificar: _____

Radiología (radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas):
Informes solamente Imágenes en CD

Otro (especifique): _____

Para incluir otra información de salud protegida*, indique con las iniciales:

____ VIH/SIDA ____ DROGAS/ALCOHOL ____ PSICOTERAPIA

***SI NO PONE SUS INICIALES, ESTA INFORMACIÓN
DE SALUD PROTEGIDA NO SE ENTREGARÁ**

¿Cómo desea recibir los registros?

CD **Papel:** Envío por correo postal o lo pasa a recoger (Lugares: 155, 95, Rock Hill, Newburgh, New Windsor, Monroe, West Nyack)

Electrónico:
Correo electrónico (protegido o desprotegido) _____ @ _____ o
Fax (#) _____

Otro: (especifique): _____

Nombre del paciente o representante legal: (LETRA DE IMPRENTA) _____

Relación: _____
(LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE ADJUNTAR O ESTAR EN ARCHIVO)

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

DEVUELVA O ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO COMPLETADO A LA DIRECCIÓN ANTERIOR

Crystal Run Healthcare acepta el derecho del paciente, bajo la ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos) a obtener copias de su información de salud. Puede haber cargos relacionados con el procesamiento de una solicitud y la generación de registros.