***Fax al 845-703-3835***

155 Crystal Run Road

Middletown, NY 10941

(845) 703-6999

61 Emerald Place

Rock Hill, NY 12775

(845) 796-5444



**Solicitud del paciente para acceder a su información protegida de salud (PHI)**

Este formulario es para las solicitudes iniciadas del paciente para recibir o enviar copias de su propia información médica

**de Crystal Run Healthcare**

1. Nombre del paciente (escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. N.o de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Marque todas las opciones que correspondan a su solicitud:

\_\_\_\_ Estoy solicitando copias 🞎 **impresas** 🞎 **electrónicas** (por medio de un CD) de mi información médica, para que se preparen y yo las pueda **recoger** en (encierre en un círculo) 155, 95, Rock Hill, Newburgh, Monroe, West Nyack (Es posible que haya un cobro razonable basado en los costos con este tipo de divulgación).

\_\_\_\_ Estoy solicitando copias 🞎 **impresas** 🞎 **electrónicas** por medio de un CD o por correo electrónico, de mi información médica para que se **envíen**

Dirección postal para enviar las copias impresas o el CD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para enviar las copias electrónicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono para verificación de fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor envíen mis expedientes por correo electrónico de dominio 🞎 seguro (recomendado)   
🞎 no seguro (ver más abajo\*\*).

\*\*Cualquier información médica que se envíe por correo electrónico de dominio no seguro es esencialmente inseguro y podría dar lugar a que la información se lea o se obtenga acceso a la misma mientras esté en tránsito.

1. \_\_\_\_\_ Por favor incluyan los últimos 2 años de mi información de salud, incluyendo los antecedentes como paciente, las notas del consultorio, los resultados de las pruebas, los informes de radiología, las remisiones, las consultas y los expedientes que enviaron otros proveedores de atención médica, **o** especifique lo que quisiera que se divulgue:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Cubre el(los) período(s) de atención médica: DESDE (Fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HASTA (Fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Escriba sus iniciales \_\_\_\_\_\_ VIH/SIDA \_\_\_\_\_\_ Consumo de drogas/alcohol \_\_\_\_\_ Psicoterapia

\*\*Si no escribe sus iniciales, la información protegida de salud no se divulgará\*\*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **o**

Representante legal personal (documentación adjunta o en el expediente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6/17 v.1