

# Solicitud para acceder a la información personal de salud por parte del paciente/representante personal

## Request for Access to PHI by Patient/Personal Representative

Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal solicita acceso a o copias de su juego de expedientes designados. Además, el paciente o su representante personal puede indicar a CHCO que proporcione copias de su información a un tercero de su elección. Todas las solicitudes de acceso o copias de expedientes, deben presentarse por escrito.  
**Este formulario no debe utilizarse como una Autorización de HIPAA.**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Historia clínica Nro.:
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal

### Tipo de acceso solicitado

**Solicitud de acceso para revisar expedientes** (se programará dentro de las 24 horas, excluyendo los fines de semana y los feriados).

Para ser completado por el personal de HIM CHCO: \_\_\_\_\_  
 Fecha Hora: Ubicación

**Solicitud para copias de un juego de expedientes designado** (se proporcionará dentro de un plazo de 10 días hábiles).

1. **Formato solicitado:**     Impreso     CD (para los expedientes que CHCO guarda en formato electrónico)

2. **Método de entrega:**

Correo: \_\_\_\_\_ Atención a: \_\_\_\_\_  
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Atención a: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Los correos electrónicos no encriptados **no están protegidos** del acceso no autorizado por parte de terceros una vez que deja los sistemas electrónicos de Children's Hospital Colorado y pueden estar sujetos a uso o divulgación no autorizados. Todos los correos electrónicos se enviarán **encriptados** a menos que usted solicite específicamente que no sea así, marcando este casillero:

Fax: Por favor, envíe el expediente por fax a \_\_\_\_\_

Recogerlo en el departamento de Gestión de información de salud de CHCO  
 Por favor, llámeme a este número de teléfono cuando los expedientes estén listos: \_\_\_\_\_

3. **Información del expediente solicitada**

Historia clínica del hospital

Expedientes de pacientes hospitalizados     Departamento de emergencia     Informes sobre cirugías/procedimientos     Expedientes de pacientes ambulatorios     Farmacia     Otro: \_\_\_\_\_

Resultados de las pruebas

Informes de radiología     Cardiología     Laboratorio/patología     Otro: \_\_\_\_\_

Facturación/Pago

Estado de cuenta desglosado     Pagos     Reclamos     Otro: \_\_\_\_\_

4. **Para el período de tiempo comprendido desde** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Los representantes personales no recibirán acceso a los expedientes de un menor para tratamiento si el menor era legalmente capaz para brindar su consentimiento por él mismo, a menos que el menor firme a continuación, permitiendo el acceso a esta información.
- El acceso puede ser denegado si la información no es parte del juego de expedientes designados o si se determina que el acceso podría poner en peligro o dañar al paciente o a otros. Por favor, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de CHCO.

Firma	Fecha	Firma del paciente (cuando sea requerida)
<input type="checkbox"/> Padre/Madre o Representante personal <input type="checkbox"/> Poder	<input type="checkbox"/> Pariente más cercano del fallecido	<input type="checkbox"/> Albacea testamentario

**Gestión de información de la salud de CHCO** 13123 E. 16<sup>th</sup> Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 • Tel.: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251



REQUEST FOR ACCESS TO PHI BY  
 PATIENT/PERSONAL REPRESENTATIVE  
 SPANISH

REV. 6/2016

Place Patient Identification Label Here