

## COMMUNITY HEALTH ALLIANCE

### Solicitud para Obtener/Examinar/Copiar Información de Salud

Según los requisitos de la Ley de Responsabilidad de 1966 (HIPAA) usted tiene el derecho a solicitar la oportunidad de examinar y copiar información de salud pertinente a usted. Community Health Alliance (CHA) evaluará su solicitud y se le concederá o le dará una razón por la cual la solicitud es negada. Community Health Alliance le puede proveer con un resumen o explicación de la información en su expediente médico en lugar de acceso a copias de su expediente.

**INSTRUCCIONES:** Envíe por correo o entregue en persona el formulario completo a: Community Health Alliance, ATTN: Medical Records, 680 South Rock Blvd., Reno, NV 89502 o por fax al (775) 336-0652 o el Centro de Salud donde usted recibe su cuidado.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre Completo:		Número de expediente médico o de identificación:	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	Fecha de solicitud:	
Dirección actual (número, calle, ciudad, estado, código postal):			
SOLICITUD PARA OBTENER/EXAMINAR/COPIAR			
Solicito mi expediente médico de los siguientes registros por el periodo de tiempo de _____ a _____: <input type="checkbox"/> Expediente Fármaco <input type="checkbox"/> Expediente de Radiología <input type="checkbox"/> Expediente Médico (incluyendo de salud mental y del comportamiento) <input type="checkbox"/> Expediente de Laboratorio <input type="checkbox"/> Expediente Financiero <input type="checkbox"/> Expediente Odontológico <input type="checkbox"/> salud mental y del comportamiento <input type="checkbox"/> Inscripción, pagos, adjudicación de reclamaciones mantenidas por Community Health Alliance <input type="checkbox"/> Expedientes de otras agencias: _____			
RAZÓN DE LA SOLICITUD			
¿La información de la salud que solicita es para alguna de las razones siguientes? <input type="checkbox"/> Para el uso en alguna acción o demanda civil, penal o administrativa <input type="checkbox"/> Creado u obtenido por CHA en el transcurso de la investigación <input type="checkbox"/> Fue información de la salud protegida obtenida por alguien distinto a un proveedor de la salud de CHA bajo una promesa de confidencialidad. Si alguna de estas razones es marcada, CHA no aprobará la solicitud de acceso a la información de salud protegida (PHI). CHA Comments: _____ CHA Initials: _____			
SOLICITUD PARA LA SALUD VIH/GENÉTICAS			
Los registros de tratamientos para la salud o los resultados de las pruebas de VIH están específicamente protegidos y no serán revelados a menos que firme abajo.			
<input type="checkbox"/> Resultados de prueba de VIH	<input type="checkbox"/>	Firma: _____	
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas genéticas	<input type="checkbox"/>	Firma: _____	
Firma de aprobación del proveedor es requerida: _____			
Nombre del proveedor: _____ Fecha: _____			
MÉTODO DE ENTREGA			
Por favor marque la casilla indicando la manera en la que desea recibir los expedientes solicitados.			
<input type="checkbox"/> Envíe por correo a mi dirección actual:			
_____ Número de calle Ciudad Estado Código Postal			
<input type="checkbox"/> Enviar por correo electrónico a mi cuenta personal: _____			
<input type="checkbox"/> Recoger en persona (se le pedirá que proporcione una identificación fotográfica.) Por favor indique el número telefónico al cual se le puede llamar cuando las copias estén listas para ser recogidas: _____			
<input type="checkbox"/> Revisar en persona (se le pedirá que proporcione una identificación fotográfica.) Cualquier examinación de expedientes del participante se realizará en la presencia de un miembro de la clínica. Por favor indique el número telefónico donde se le pueda llamar para programarle una cita. Número de teléfono: _____			

## RECONOCIMIENTO

**Por favor firme y fecha:** Entiendo que podría ser cobrado una tarifa basada en los costos por la copia de mi expediente al igual que tarifas de envío. Con algunas excepciones, usted tiene el derecho a examinar u obtener copias de sus expedientes de salud en una colección designada mantenidas por Community Health Alliance. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar ni obtener copias de notas de psicoterapia o información recopilada para acciones civiles, criminales, o administrativas o procesos y expedientes que están sujetos a la Ley de Privacidad, 5U.S.C. 522a.

Entiendo que si solicito mis registros por correo electrónico, los registros se enviaran desde CHA en un formato de archivo seguro. Soy responsable por la seguridad de mi cuenta de correo electrónico y de estos documentos, en caso de que ocurra una violación.

Entiendo, además, que podría haber circunstancias en las cuales un profesional médico con licencia podría negar mi solicitud de acceso a mi información de salud; y que estoy autorizado a solicitar otra consideración a mi solicitud por otro profesional médico con licencia.

Por: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente

Fecha

**Si usted no es el paciente, por favor también complete, firme y fecha a continuación. Marque la casilla que describe su relación con el paciente. Adjunte comprobante de su relación con el paciente (por ejemplo, poder legal, tutor legal) si actualmente no disponemos de este en el archivo.**

Por: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente

Fecha

Padre del menor    Tutor legal    Poder legal    Ejecutor    Otro \_\_\_\_\_

***This Section for Company Use Only (Esta sección es para uso de compañía solamente)***

<b>Determination:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REQUEST APPROVED.</b> Approved date: _____
Agency Responsibilities:	<input type="checkbox"/> Determination of method for Participant access. Determination date: _____
	<input type="checkbox"/> Notice to Participant of approved access. Sent date: _____
	<input type="checkbox"/> Offer Participant summary of information. Sent date: _____
	<input type="checkbox"/> Notify Participant of requirements for copies of health information. Sent date: _____
<b>Determination:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REQUEST NEEDS FURTHER REVIEW</b>
Designated Staff _____	Date _____

**Review of Request by Licensed Health Care Professional**

<b>Determination:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REQUEST APPROVED.</b> Approved date: _____
Agency Responsibilities:	<input type="checkbox"/> Determination of method for Participant access. Determination date: _____
	<input type="checkbox"/> Notice to Participant of approved access. Sent date: _____
	<input type="checkbox"/> Offer Participant summary of information. Sent date: _____
	<input type="checkbox"/> Notify Participant of requirements for copies of health information. Sent date: _____
<b>Determination:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REQUEST DENIED. Denial date:</b> _____
Reason for Denial:	<input type="checkbox"/> Reference made to another person could endanger that person
	<input type="checkbox"/> Access could endanger life or physical safety of Participant or other(s)
	<input type="checkbox"/> Access requested by personal representative and access could cause substantial harm to Participant or other(s)
	<input type="checkbox"/> Other _____
Agency Responsibilities:	<input type="checkbox"/> Written Notice to Participant of basis for denial. Sent date: _____
	<input type="checkbox"/> Provide Participant with Opportunity to Request Review by licensed health care professional Sent date: _____
_____	_____
Licensed Health Care Professional	Date

**Request Second Review**

<b>Determination:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REQUEST APPROVED</b>
Agency Responsibilities:	<input type="checkbox"/> Determination of method for Participant access
	<input type="checkbox"/> Notice to Participant of approved access
	<input type="checkbox"/> Offer Participant summary of information
	<input type="checkbox"/> Notify Participant of requirements for copies of health information
<b>Determination:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REQUEST DENIED</b>
Reason for Denial:	<input type="checkbox"/> Reference made to another person could endanger that person
	<input type="checkbox"/> Access could endanger life or physical safety of Participant or other(s)
	<input type="checkbox"/> Access requested by personal representative and access could cause substantial harm to Participant or other(s)
	<input type="checkbox"/> Other _____
Agency Responsibilities:	<input type="checkbox"/> Written Notice to Participant of basis for denial. Sent date: _____
_____	_____
Licensed Health Care Professional	Date