AXISHealth System

Formulario de solicitud del paciente para acceder a los registros de salud

Nombre del paciente:			
Dirección:			
Ciudad, estado, código postal:			
Teléfono celular:			
Fecha de nacimiento:		**Últimos 4 números de seguridad social:**	
Solicito acceso a (marque una opción):	☐ Obtener copias de los registros de salud ☐ Ver solo los registros		
Fechas de tratamiento:			
Tipo de información:	☐ Atención primaria ☐Salud mental /Psiquiátrica ☐Uso de sustancias ☐Dental		
Instrucciones de entrega: (Elija uno)	☐ Papel - Correo a la dirección anterior u otra dirección: _____ _____ ☐ Papel - Llame para recoger _____ ☐ Fax: _____ ☐ Correo electrónico (encriptado): _____		
Documentos / información solicitada:	☐ **Solo registros de salud pertinentes:** Encuentros/Notas del progreso, evaluación de diagnóstico, actualización de evaluación, resumen del alta, tratamiento/ Plan de servicio, laboratorio/Patología/Radiología/Informes de diagnóstico O documentos específicos: ☐Asistencia ☐ Tratamiento/Plan de servicio ☐ Registro completo ☐Registros de facturación ☐Vacunas ☐Lista de problemas ☐Evaluación diagnóstica/ Actualización de la evaluación ☐ Resultados de laboratorio ☐ Otro: _____ ☐Resumen del alta ☐ Medicamentos _____ ☐Encuentros/Notas de progreso o notas de visita _____		

Certifico que esta solicitud de acceso a mi información de salud se realiza de forma voluntaria y que la información proporcionada anteriormente es fiel y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que Axis Health System puede no tener potestad de otorgarme acceso a cierto tipo de información de salud. Las solicitudes de información sobre salud mental y trastorno de uso de sustancias pertenecientes a menores (de 15 a 17 años) y planificación familiar / anticoncepción (cualquier menor de edad) deben tener la firma del paciente menor para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales con respecto al acceso a los registros del paciente. Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mis registros médicos.

_____ _____

Firma del paciente (*Representante/Padre/Tutor legal) Fecha

*Tengo autoridad legal para firmar en nombre del paciente; mi capacidad no ha sido limitada / restringida voluntariamente o mediante un proceso legal. Se puede solicitar la verificación de documentos legales.

_____ _____

Nombre de la persona que firma en representación del paciente Relación con el paciente

Usar exclusivo de Gestión de información de salud (Health Information Management, HIM)

Verificación de la firma: ☐Licencia de conducir ☐Otra identificación apropiada o documento previamente firmado en la historia médica

☐ No se puede verificar

APROBACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICOS DEL REGISTRO DE SALUD MENTAL / PSIQUIÁTRICA: soy el principal prestador de servicios de salud psiquiátrica o mental del paciente mencionado anteriormente. He revisado los registros de salud para determinar si contienen información relativa a problemas que, si se revelan al paciente, es muy probable que pongan en peligro la vida o la seguridad física de la persona misma o de otra persona.

Historial de secciones **psiquiátricas**: ☐ Puede divulgarse al paciente ☐ NO puede divulgarse al paciente según el título 45 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) § 164.524 (a) (3) (i-iii)

Firma del prestador de servicios psiquiátricos:_____Fecha:_____

Nombre en letra de imprenta: _____

Historial de secciones de salud mental: ☐ Puede divulgarse al paciente ☐ NO puede divulgarse al paciente según el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR)R § 164.524 (a) (3) (i-iii)

Firma del prestador de servicios de salud mental:_____Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____