**Solicitud de acceso a información protegida de salud consignada en la historia clínica designada**

*Tenga presente que nuestro portal para pacientes MyChart es un medio fácil para obtener acceso a su historia clínica e imprimir gran parte de ella en cualquier momento. Considere el uso de MyChart para acceder a su historia clínica.*

NOMBRE DEL PACIENTE:

APELLIDO NOMBRE INICIAL SEG. NOMBRE APELLIDO DE SOLTERA U OTRO

FECHA DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO:

MES DÍA AÑO

DIRECCIÓN:

CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO (si corresponde):

INFORMACIÓN A COMPARTIR:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Toda la historia clínica | * Imágenes/videos/registros | * Informes de patología |
| * Resumen de alta médica | * Antecedentes y examen físico | * Resultados de laboratorio |
| * Registros de medicamentos | * Notas de progreso | * Notas/informe operatorio |
| * Informe de otros procedimientos | * Informes de radiología | * Factura detallada |
| * Registros de vacunación | * Otro (describa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

FECHAS DE SERVICIO:

FORMATO: ❑ Inspección ❑ Copia impresa ❑ Copia electrónica  
*Recuerde que el correo electrónico no es un medio de comunicación seguro. Si está dispuesto a aceptar el riesgo que supone, le enviaremos sus registros por correo electrónico a pedido. Indique su dirección de correo electrónico más arriba. También puede retirar usted mismo los registros o solicitar su envío a la dirección indicada mediante el servicio de correo de EE. UU.*

INFORMACIÓN A COMPARTIR: ❑ Conmigo

❑ Con otra persona (especifique):

Entiendo que recibiré una copia de este formulario y que mi solicitud será procesada en un plazo de treinta (30) días. Entiendo que si marqué la casilla “Inspección” arriba deberé concertar una cita con mi proveedor de atención médica para revisar ÚNICAMENTE la información a compartir según lo especificado aquí.

Entiendo que si marqué la casilla “Copia” arriba seré responsable del pago de cargos razonables basados en el costo de insumos, mano de obra, correo y copia de conformidad con la ley HIPAA, y que recibiré la información solicitada por correo postal de EE. UU. en la dirección indicada más arriba.

Comprendo que esta solicitud de divulgación de información puede ser denegada o restringida y que solo se comparta parte de dicha información. En ese caso, tengo derecho a solicitar que otro profesional médico matriculado revise esta decisión. Ese profesional será designado por Yale tras mi solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad que se indica a continuación.

Tengo derecho a presentar una queja por escrito ante cualquier denegación final de mi solicitud de acceso en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba tal denegación a la siguiente dirección: Privacy Officer, Yale University, P.O. Box 208252, New Haven, CT 06520-8252.

O BIEN

FIRMA DEL PACIENTE FECHA PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Envíe por correo, fax o escáner este formulario completo a: **Send request to**: Yale Health, P.O. Box 208237, New Haven, CT 06520-8237 or fax to 203-436-5536 or email to yhmedicalrecords@yale.edu.