

Solicitud para acceder a mis historiales médicos

Este formulario se utiliza para solicitar copias o para ver sus propios historiales médicos si usted es la persona que recibe servicios, o por parte del representante personal (tal y como se define en la HIPAA) de la persona que recibe servicios. Para solicitar que la información se divulgue a otras personas que no sean usted o su representante personal, por favor visite nuestra página web y consulte la información relativa a las solicitudes por parte de terceros.

Sección 1: Persona que recibe servicios

Por favor, rellene el siguiente formulario con los datos de la persona cuyo historial médico se solicita.

Nombre preferido: _____ Pronombres: _____
Nombre legal: _____ S.N.: _____ Apellido legal: _____
ID de WellPower: _____ FDN: _____ (mm/dd/aaaa)

Sección 2: Información del representante personal (si no es la persona que recibe servicios)

Si usted está solicitando acceso al historial médico en nombre de la persona que recibe servicios, por favor, rellene su información a continuación.

AVISO: Si todavía no consta en el expediente, usted deberá aportar documentación que acredite su autoridad legal para acceder a estos historiales médicos.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____
Organización: _____ Relación: _____

Sección 3: Información de contacto de la persona solicitante

Dirección: _____ Ciudad, Estado _____ C.P.: _____
Email: _____ Teléfono: _____

Sección 4: Opciones de divulgación

Por favor, seleccione cómo le gustaría recibir los historiales que solicita.

Copias electrónicas (sólo en formato PDF)

- Correo electrónico seguro
- CD – por correo postal
- CD – recogida en persona
- Formato USB – por correo postal
- Formato USB – recogida en persona

Copias impresas

- Por correo postal
- Recogida en persona
- Servicio adicional**
- Copias certificadas por notario (incluye un coste adicional)

Visualización

- Visualización:
Un representante de HISM se pondrá en contacto con usted para coordinar y programar.

Sección 5: Propósito (opcional)

- Uso personal
- Continuidad de los cuidados
- Prestaciones por incapacidad
- Compensación laboral
- Evaluación para empleo
- Procedimiento civil/penal
- Otro: _____

Sección 6: Información solicitada

Por favor, seleccione qué información del historial médico está solicitando.

- Cuadro clínico completo** (incluye todo lo enumerado a continuación, según proceda) **O seleccione abajo la información específica que desea:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos | <input type="checkbox"/> Resúmenes de los servicios de: | |
| <input type="checkbox"/> Información sobre el diagnóstico | <input type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Residenciales |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Servicios de crisis | <input type="checkbox"/> Gestión de casos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio de las pruebas farmacogenómicas | <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (centro de recursos, empleo asistido, educación asistida) |
| <input type="checkbox"/> Admisión(es) Evaluación(es) de salud mental | <input type="checkbox"/> Atención primaria | |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de evaluación psicológica(neuro) | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Fechas de servicio: Desde: _____ Programa(s): _____
(opcional) Hasta: _____ (opcional)

Sección 7: Firma

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN EN VIGOR CON FOTOGRAFÍA EMITIDA POR EL GOBIERNO. Es posible que se aplique algún coste.

Firma del solicitante

Fecha de la firma