

Solicitud de copia de información médica protegida

Según la ley federal, tiene derecho a pedir una copia de su información médica.

Cómo pedir una copia de su información médica:

1. Complete el formulario de *Solicitud de copia de información médica protegida*.

Para evitar posibles retrasos en el procesamiento de su solicitud, complete cuidadosamente el formulario, incluyendo:

- Su dirección completa y número de teléfono por si necesitamos comunicarnos con usted sobre su solicitud.
- La fecha en la que necesita los registros en la sección “Fecha en la que se necesitan los registros”. Para solicitudes urgentes, llame al 1-844-962-2090 o 360-729-1300.
- Si es un parent, tutor o representante personal, incluya su relación con el paciente en la sección “Relación con el paciente” y dé la documentación requerida.
- Indique claramente dónde y cómo quiere que se entreguen los registros.

2. Devuelva el formulario de solicitud por uno de estos métodos:

- Email:** ReleaseofInfo@peacehealth.org
- Fax:** 360-527-9383 (*Si está completando esta solicitud en un centro de PeaceHealth, puede pedirle a un cuidador que envíe el formulario por fax en su nombre*).
- Correo:** PeaceHealth, Health Information Management (HIM) Department, ROI Services
1115 SE 164th Avenue, Dept.336
Vancouver, WA 98683

Qué esperar después de enviar un formulario de solicitud:

- Su solicitud se procesará dentro de los 15 días hábiles en el estado de Washington y 30 días en Oregón y Alaska.
- Se le enviará una factura por correo (si hay cargos).
- Una vez recibido el pago, los registros se entregarán en 5-7 días hábiles, según el tipo de registros y las fechas de servicio pedido.
- Si no podemos procesar su solicitud dentro de los 15 días hábiles en el estado de Washington y 30 días en Oregón y Alaska, nos comunicaremos con usted para que conozca el motivo del retraso y la fecha de procesamiento anticipada.

Recepción de sus registros:

- Puede optar por recibir su información médica en forma impresa, electrónicamente en un CD o por email cifrado.
- PeaceHealth usa un sistema de cifrado de email para proteger los mensajes de email confidenciales. Si opta por recibir su información médica en un email cifrado, recibirá un email de aviso que contiene un enlace para acceder al mensaje completo en nuestro servidor de email seguro. Recibirá instrucciones en el email para que pueda crear una cuenta de usuario donde recibir su información.
- Tenga en cuenta que el email no cifrado transmitido por Internet tiene el riesgo de ser interceptado por personas no autorizadas.
- Despues de 15 días hábiles en el estado de Washington y 30 días en Oregón y Alaska, si no recibió sus expedientes o no lo han contactado, antes de comunicarse con HIM revise la carpeta de correo electrónico basura.

(This page goes to patient-Do not scan into record)

Solicitud de copia de información médica protegida

*Nota: La mayoría de las solicitudes se envían dentro de los 15 días hábiles. Para evitar retrasos, escriba claramente y firme.
 (*) = CAMPOS REQUERIDOS)*

*INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE CUYOS REGISTROS SE PIDEN:

*Nombre del paciente: Apellido _____ *Nombre _____
 Iniciales del segundo nombre _____
 *Dirección _____ Teléfono durante el día _____
 *Ciudad, estado, código postal _____ Teléfono durante la noche _____
 *Fecha de nacimiento _____ *Fecha en que se necesitan los registros: _____

*¿QUÉ REGISTROS DEL CENTRO SE NECESITAN? (marque todas las opciones que correspondan)

Ubicación	Hospital	PHMG
Springfield	<input type="checkbox"/> Riverbend Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica
Eugene	<input type="checkbox"/> University District	<input type="checkbox"/> Clínica
Cottage Grove	<input type="checkbox"/> Cottage Grove Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica
Florence	<input type="checkbox"/> Peace Harbor Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica
Vancouver	<input type="checkbox"/> Southwest Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica

Ubicación	Hospital	PHMG
Longview	<input type="checkbox"/> St John Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica
Bellingham	<input type="checkbox"/> St Joseph	<input type="checkbox"/> Clínica
Friday Harbor	<input type="checkbox"/> Peace Island Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica
Sedro-Woolley	<input type="checkbox"/> United General	<input type="checkbox"/> Clínica
Ketchikan	<input type="checkbox"/> Ketchikan Hosp	<input type="checkbox"/> Clínica

Otra ubicación: _____

*ENVIAR REGISTROS A (DESTINATARIO):

Enviar a la dirección del paciente de arriba **O**
 Nombre del centro _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____

*CÓMO ENVIAR REGISTROS:

Enviar por correo a la dirección del destinatario
 Enviar por fax al número: _____
 Enviar por email a: _____
 Otro método de envío (describa): _____

*RANGO NECESARIO DE FECHAS DE VISITA (SELECCIONE UNO):

Específico: (del) _____ (al) _____
 Historial de un año Otro: _____

*INFORMACIÓN NECESARIA:

Documentación del proveedor, lista de medicamentos e información de diagnóstico: Laboratorio, radiografía, electrocardiograma (estos son los artículos más pedidos)
 Películas de imágenes Registros de facturación Otro (especifique): _____
 Complete los expedientes médicos, esto incluye todos y cada uno de los expedientes, incluyendo los registros de facturación para las fechas mencionadas arriba.

Reconocimientos:

- Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo que cubre las copias, incluyendo los suministros, el trabajo y los gastos de envío.
- Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información sobre el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Entiendo que debo dar documentación legal si soy el tutor o el Poder notarial médico.



***Solicitante:** (escriba su nombre aquí) ***Firma:** _____ ***Fecha:** _____

Relación con el paciente: Paciente (él mismo) Padre/*tutor legal *DPOA Otro: _____
* Adjunte prueba de tutela/DPOA (poder notarial médico) con esta solicitud.

OPCIONES PARA DEVOLVER ESTE FORMULARIO COMPLETO: Fax: 360-527-9383

Email: releaseofinfo@peacehealth.org

Enviar por correo a: PeaceHealth, ATTN: HIM ROI; 1115 164th Ave, Dept 336, Vancouver, WA 98683

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-844-962-2090

SYS1001-S (08/03/22) Request for Copy of Protected Health Information - Spanish P 3 of 3

DocType Description – ROI (Release of Information Authorization)