

Pedido de Revelación de Records Médicos

SI USTED DESEA OBTENER UNA COPIA DE SU IPS, DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO. Por ley, un individuo tiene el derecho de revisar y obtener una copia de sus propios records de Información Protegida de Salud (ISP). Un individuo tiene el derecho de pedir que sus records de IPS sean revelados a otro individuo u organización con autorización específica. Al completar este formulario, usted está proporcionando un pedido por escrito de acceder la IPS del individuo designado. IPS solamente será revelada a las personas autorizadas por el paciente o su representante legal y solo en los formatos aprobados por el paciente o su representante legal. Este formulario debe estar completo antes de ser admitido. Si usted necesita asistencia en completar este formulario, comuníquese con el personal del San Antonio Metropolitan Health District (Metro Health).

Sección A: Información del Paciente (Individuo cuya IPS se está pidiendo)

Nombre: _____	Medio nombre: _____	Apellido: _____
Dirección: _____		Ciudad: _____
Estado: _____	Código postal: _____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
		Teléfono #: _____

Sección B: Por favor especifique cuales desea revelar con una lista en el espacio adjunto. Si usted desea solo los datos específicos a ciertas fechas, debe indicar las fechas en para cada tipo de record. (Por ejemplo: Record de vacunas, records médicos completos, resultados de laboratorio, etc.)

<input type="checkbox"/> Record de vacunas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Fechas específicas: _____
<input type="checkbox"/> Record médico completo	<input type="checkbox"/> Resultados de radiología	
<input type="checkbox"/> Otro especificado: _____		

Formato de IPS requerida:

<input type="checkbox"/> Copia impresa:	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Otro especificado: _____
<input type="checkbox"/> En persona	<input type="checkbox"/> Fax #:(_____)	Correo electrónico: _____

Sección C: Por favor indique el propósito de la revelación de la IPS especificada aquí.

Records personales propios. Para recoger una copia en nombre del paciente. Cuidado continuo Otro:

Sección D: Si usted no es el paciente nombrado en la sección A, por favor complete la siguiente sección. Si usted es un padre/guardián legal de un menor, o un representante legalmente autorizado del paciente nombrado aquí, por favor adjunto cualquier documento legal para comprobar tutela legal o autorización de representación del paciente si no lo tiene ya adjuntos a este documento.

Nombre completo:		Relación al Paciente:	
Dirección:			City:
Estado:	Código postal:		Teléfono #:

Notificación de privacidad: Con algunas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado acerca de la información que Metro Health junta sobre usted. Metro Health reserva el derecho a negar cualquier pedido de acceso a IPS de acuerdo a lo que es necesario o restringido por ley. El objetivo de Metro Health es de proteger toda IPS y asegurar la confidencialidad y privacidad de todos los pacientes y clientes. Usted puede ver una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad (NPP) de Metro Health en <http://www.sanantonio.gov/health>. Copias impresas de la NPP están disponibles en cualquier clínica de Metro Health u oficina para su uso.

Al entregar este formulario, yo estoy pidiendo la revelación de la información designada a mí y entiendo que es mi responsabilidad proteger la información una vez que se me haya revelado. Yo entiendo que si no soy un paciente o representante legal autorizado, yo puedo solo acceder esta información si existe una autorización impresa en los archivos del paciente o representante legal autorizado previo a la revelación de la información. Yo entiendo que es en contra de la ley falsificar mi identidad o cualquier otra información para obtener acceso a la IPS de un individuo. Yo atestiguo que toda la información incluida en este formulario es precisa y yo estoy autorizado/a a ver/recibir la IPS indicada.

For Notary Use Only

State of _____	This instrument was acknowledged before me on _____ by _____		
County of _____	Date	Name(s) of person(s) acknowledging	
(Personalized Seal)	_____ Notary Public's Signature		

Firma (X)	Fecha:
-----------	--------

Metro Health Staff Use Only

Method of Request	Method of Record Release	Authorized Personnel Name (Print)	Authorized Personnel Signature	Date