

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:
Número de teléfono del paciente:
MR # (lo llena el personal de PPGT):

Por la presente solicito acceso para consultar u obtener una copia de los siguientes historiales mantenidos por o para Planned Parenthood of Greater Texas, Inc. ("PPGT"). Si se divulgará toda la historia clínica, marque solo la primera casilla:

- Toda mi historia clínica, incluyendo todos los periodos de tiempo.
- Partes específicas de mi historia clínica en el siguiente periodo de tiempo: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
- Mis expedientes de facturación, incluyendo todos los periodos de tiempo.
- Mis expedientes de facturación en el siguiente periodo de tiempo:
____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
- Otro (especifique): _____

Solicito que el acceso se proporcione en el siguiente formato:

- Copias impresas: entrega por correo postal regular
- Copias impresas: para recogerlas en persona
- Fax
- Copias electrónicas (para información almacenada electrónicamente)

Solicito que PPGT envíe las copias electrónicas a través del siguiente método:

- Portal del paciente
- Por correo electrónico a la dirección indicada arriba
- Se solicita un formato alternativo (especifique): _____

Al marcar la casilla para solicitar que se envíe su información en un formato electrónico, reconoce que enviar información electrónicamente puede dar lugar a ciertos riesgos de privacidad y seguridad, incluyendo que haya cierto riesgo de que un tercero lea o acceda de otra manera a su información médica protegida mientras la misma está en tránsito.

Solicito que la información se envíe directamente a la siguiente dirección (incluya el nombre, junto con otra información de contacto según sea necesario para hacer la divulgación):

Nombre _____

Dirección física _____

Ciudad, estado, CÓDIGO POSTAL _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Confirme la exactitud y completitud de la información que proveyó arriba del receptor a quien se le divulgarán sus expedientes. La exactitud y completitud de esta información de contacto son exclusivamente su responsabilidad. PPGT no verificará la exactitud o completitud de esta información de contacto. Al proveer esta información de contacto, está autorizando la divulgación de los expedientes indicados al receptor.

La información solicitada puede incluir cierta información delicada. Reconozco y estoy de acuerdo con que la información divulgada conforme a esta solicitud puede incluir información delicada relacionada con el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de cualquier enfermedad o trastorno mental o emocional, incluyendo el alcoholismo o la adicción a drogas; SIDA o infección con el VIH, anticuerpos contra el SIDA o infección con cualquier otro posible agente causante del SIDA; o servicios de planificación familiar bajo el Título X.

Este formulario no se requiere en todas las situaciones. Reconozco que este formulario de acceso no tiene que llenarse en todas las situaciones. Por ejemplo, PPGT puede utilizar, divulgar e intercambiar expedientes e información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según lo permita o requiera la ley pertinente.

LA SOLICITUD ESTÁ SUJETA A LIMITACIONES LEGALES. Esta solicitud de acceso para consultar u obtener una copia de la información médica está sujeta a todas las limitaciones establecidas en 45 C.F.R. 164.524 y la ley estatal pertinente.

ESTA SOLICITUD ESTÁ SUJETA A OTRAS LIMITACIONES. Usted no tendrá derecho a solicitar acceso para consultar u obtener una copia de (a) las notas de psicoterapia; (b) la información recopilada en anticipación razonable a acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos, o para ser utilizadas en ellos.

PLAZO DE RESPUESTA. PPGT tendrá hasta 15 días después de la recepción de esta solicitud para responder, excepto en la medida en que tal tiempo se pueda prolongar según la ley pertinente. PPGT no participará en ninguna práctica que retrase la ejecución de su solicitud.

CONCESIÓN DEL ACCESO SOLICITADO. PPGT proveerá el acceso en la forma o formato solicitado si la información se puede producir de inmediato en tal forma o formato. Si no, PPGT proveerá la información en otra forma y formato legible. Si su información médica se conserva de forma electrónica, puede solicitar una copia electrónica. Es posible que PPGT no pueda, desde un punto de vista técnico, modificar el formato de la información a una forma y formato que sea conveniente para el solicitante.

PLAZO Y FORMA DE ACCESO. De concederse el acceso para consultar la información, se acordará un plazo o lugar conveniente para realizar la consulta. Si se concede el acceso para obtener una copia, se le proveerá la información según se haya especificado arriba al solicitante o a un tercero especificado arriba. Si se acuerda con antelación, PPGT puede proveer un resumen de la información solicitada en lugar de dar acceso a la información o puede proveer una explicación de la información médica protegida a la cual se ha dado acceso.

CARGOS. Si el individuo solicita una copia de los expedientes o accede a recibir un resumen o explicación de la información solicitada, PPGT podrá cobrar un cargo razonable que incluya el costo de (a) la labor de copiar la información médica protegida (ya sea que esté en formato no electrónico –por ej.: papel, película- o en formato electrónico) y el costo de los insumos para crear la copia impresa si el individuo solicita que se provea la copia electrónica en un medio portátil; (b) gastos de correo, si el individuo ha solicitado que se envíe por correo la copia o resumen; y (c) la preparación de un resumen o explicación de la información médica protegida (en caso de haberlo acordado).

RECHAZO DE LA SOLICITUD DE ACCESO. Si se rechaza una solicitud de acceso en forma total o parcial, se proporcionará una explicación por escrito que contenga: (a) una explicación de los motivos del rechazo; (b) una declaración de los derechos de consulta, en caso de ser pertinente; y (c) una descripción del procedimiento mediante el cual el solicitante puede presentar una queja ante PPGT o el secretario de Servicios Humanos y de Salud ("HHS") y el Colegio Médico de Texas.

DERECHO A SOLICITAR UNA REEVALUACIÓN DEL RECHAZO. Existe el derecho a solicitar una reevaluación (realizada por un profesional autorizado de atención médica designado por PPGT) del rechazo de una solicitud de acceso en las siguientes circunstancias: (a) el rechazo inicial de la solicitud se basó en la opinión de un profesional médico autorizado de que existía una probabilidad razonable de que el acceso a la información solicitada pusiera en peligro la vida o la seguridad física del solicitante o de otra persona; o (b) la información médica protegida hace referencia a otra persona (a menos que tal persona sea un proveedor de atención médica) y el profesional autorizado de atención médica ha determinado que existe una probabilidad razonable de que el acceso solicitado le cause un daño sustancial a tal otra persona; o (c) el rechazo inicial estaba relacionado con una solicitud de acceso realizada por el representante personal del individuo y el rechazo se basó en la opinión de un profesional autorizado de atención médica de que existía una probabilidad razonable de que el acceso a la información solicitada causara un daño sustancial al individuo o a un tercero.

LIMITACIONES DEL DERECHO A SOLICITAR UNA REEVALUACIÓN DEL RECHAZO. En conformidad con la ley pertinente, no hay derecho a solicitar una reevaluación: (a) si PPGT rechaza una solicitud de acceso a notas de psicoterapia o a información compilada en anticipación razonable a una acción o procedimiento civil, penal o administrativo o para su uso en el mismo; (b) si PPGT creó la información mientras actuaba bajo la dirección de un correccional; (c) en algunas situaciones, si PPGT creó u obtuvo la información en el curso de una investigación que incluye un tratamiento y el rechazo del acceso se acordó como parte de su consentimiento para participar en la investigación; o (d) si la información se obtuvo de un tercero bajo una promesa de confidencialidad y existe una probabilidad razonable de que el acceso revele la fuente de la información.

FIRMA: El individuo que es el sujeto de la información médica protegida solicitada o una persona con autoridad legal para servir como el representante personal de ese individuo (por ej.: el padre de un menor de edad, un tutor legal nombrado por un tribunal) debe firmar este formulario.

Nombre en letra de imprenta del paciente

y

Nombre en letra de imprenta del representante personal,
si se aplica

Firma del paciente o firma del representante personal, si se aplica

Autoridad legal para servir como representante personal (por ej.: padre de un menor de edad, tutor legal nombrado por un tribunal), si se aplica

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Date request filed

ID presented Yes **Form of ID** TX driver's license school ID other
 No, verified identity with name, DOB and another personal identifier

Verification that there is not an alert in EHR concerning the release no alert alert present, contacted Privacy Official on:

REQUEST Approved Denied **If denied, Privacy Official notified on:**

Records provided by mail in person email other:

Date records provided

By staff member