

North Vista Hospital

Solicitud del Paciente para Inspeccionar y/u Obtener una Copia de Información Protegida sobre Salud

Quiero acceder a y/u obtener copias de información médica generada y mantenida por **North Vista Hospital**. Autorizo a **North Vista Hospital** a copiarme y/o revelarme la información sobre mi salud.

Nombre del Paciente: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

PROPÓSITO DEL USO / REVELACIÓN

Fecha/s aproximada/s del servicio a ser usado/revelado _____

INFORMACIÓN A SER USADA / REVELADA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informes de Consultas | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta Médica | <input type="checkbox"/> Informes de ECG |
| <input type="checkbox"/> Informes de Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Anamnesis y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos/ de Procedimientos
Películas/Radiología | <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Informes de |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Entiendo que esta información puede incluir información relacionada con: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH): tratamiento por abuso de drogas o alcohol o atención mental o terapia del comportamiento o psiquiátrica, excluyendo notas sobre psicoterapia.

Quiero acceder a la información protegida sobre mi salud de la manera siguiente:

- La información identificada arriba debe ser enviada a mi persona a la siguiente dirección:

_____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

- Me gustaría recoger la información especificada arriba en las fechas y horas siguientes:

_____ Fecha _____ Hora _____

- Quiero revisar la información protegida sobre mi salud, pero no necesito una copia. Me gustaría revisar la información descrita arriba en las siguientes fechas y horas:

_____ Fecha _____ Hora _____

Entiendo que **North Vista Hospital** puede cobrar una cuota por el costo de copiado, enviar por correo o por otros suministros asociados con esta solicitud (sin exceder el estándar de la comunidad) y que tales cuotas deben pagarse por adelantado.

Entiendo que North Vista Hospital puede negar mi solicitud de inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre mi salud en ciertas circunstancias limitadas. Entiendo que si se me niega la oportunidad de inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre mi salud, puedo pedir que esa negativa sea reconsiderada en ciertas situaciones.


Firma del Paciente o del Representante del Paciente

Nombre en letra de molde del Paciente o del Representante del Paciente

Relación con el Paciente

Fecha

Número de Teléfono durante el día

	Account Number:		MR Number:					
	Patient Name:							
	Admit Date:							
DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
Allergies:								
Attending Physician Name:								



1409 E Lake Mead Blvd
North Las Vegas, NV 89030