



RAUTH

Wilmington Hospital HIMS
501 W. 14th St., Wilmington, DE 19801
Phone: 302-320-6852
Fax: 302-320-4692

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA
(REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION)

Instruction:

To be completed when an individual requests to inspect or receive a copy of their record.
If this request is to provide health information to a person other than the patient, use
Authorization to Release Health Information form instead.

Side 1 of 2

POR FAVOR COMPLETE UN FORMULARIO PARA CADA PEDIDO DE ACCESO

Nombre del paciente (en letra de molde): Fecha de nacimiento: / /

Dirección:

Teléfono: () Correo electrónico:

(necesario para cualquier copia electrónica)

Propósito del acceso:

Me gustaría tener acceso a los siguientes documentos/registros (especifique):

Table with 2 columns: Fecha(s) de Visita, Ubicación, Departamento, Tipo de Servicio, Tipo de Registro, etc.

Específicamente, autorizo la divulgación de lo siguiente:

- Information genetic, Treatment for abuse of substances, Treatment for HIV, Treatment psychological and psychiatric

¿Cómo deseo recibir mi información? (marque sólo una)

- CD (Disco compacto) via: Servicio postal, Recoger en persona en: Christiana Hospital or Wilmington Hospital, Correo electrónico, Copia impresa via: Servicio postal, Recoger en persona en: Christiana Hospital or Wilmington Hospital, Revisión en persona

(Aviso: Se exige mostrar una identificación con fotografía como licencia de manejar al momento de recoger en persona)

Entiendo que existe un cargo por las copias y el franqueo.

Firma del paciente, Número de teléfono, Fecha

O, si el paciente no puede/no es capaz de firmar:

Firma de apoderado, Relación con el paciente, Número de teléfono, Fecha

Interpretation: The information has been presented to the: patient, representative, decision maker in: Language

Interpreter Name, Agency and ID# (if applicable)

Witness Signature, Print Name, Date, Time



Wilmington Hospital HIMS
 501 W. 14th St., Wilmington, DE 19801
 Phone: 302-320-6852
 Fax: 302-320-4692

REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION

Side 2 - For Christiana Care Use Only

Side 2 of 2

DEPARTMENT

Request received by: _____ on: ____ / ____ / ____

Extension requested (if applicable) on: ____ / ____ / ____

Access provided by: _____ on: ____ / ____ / ____

Or

Request referred to Privacy Office by: _____ on: ____ / ____ / ____

Comments: _____

PRIVACY OFFICE

Requested received by: _____ on: ____ / ____ / ____

Extension requested (if applicable) on: ____ / ____ / ____

Request reviewed by: _____ on: ____ / ____ / ____

Approved Denied

If denied, reason for denial: _____

Individual notified on: ____ / ____ / ____

If denied, second review completed by: _____ on: ____ / ____ / ____

Approved Denied

Individual notified of decision on: ____ / ____ / ____

If access approved, access provided by: _____ on: ____ / ____ / ____

Comments: _____

