



RAUTH

**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD  
(REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION)**

Subsidiary: \_\_\_\_\_

**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

**AVISO:** Los pacientes generalmente tienen derecho a acceder a su registro médico y de facturación previa solicitud y / o pueden registrarse para acceder a través del Portal del Paciente. ChristianaCare responderá a la solicitud de copias del registro dentro de los treinta (30) días (con una extensión de treinta (30) días cuando sea necesario). ChristianaCare puede denegar la solicitud por ciertas razones especificadas por la ley. Si ChristianaCare rechaza la solicitud, el solicitante será informado del motivo. Al paciente se le puede permitir que la decisión de denegación sea revisada por la Oficina de Privacidad de ChristianaCare. Además, ChristianaCare notificará al solicitante con anticipación el costo de recibir copias del registro.

**\*POR FAVOR COMPLETE UN FORMULARIO POR CADA ACCESO SOLICITADO\***

Nombre del paciente (imprimir): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
*(necesario para cualquier copia electrónica)*

Propósito del acceso: \_\_\_\_\_

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

- Historial médico completo (Nota: Sólo los registros de visitas dentro de los últimos diez (10) años están disponibles según la política de retención de registros de ChristianaCare).
- Historial de admisión y pruebas físicas       informes de patología       notas del proveedor
- Resumen del alta       informes de radiología       notas del departamento de emergencias
- Informes operativos       informes de laboratorio
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES ESPECIALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS, RESULTADOS DE VIH/ETS, Y/O PSICOLÓGICOS Y REGISTROS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO (marque y ponga iniciales en cada área que autoriza):**

- Solicito específicamente acceso a la información relacionada con la información genética. \_\_\_\_\_ (inicial)
- Solicito específicamente acceso a información relacionada con el tratamiento del abuso de sustancias. \_\_\_\_\_ (inicial)
- Solicito específicamente el acceso a la información relativa al tratamiento psicológico y psiquiátrico. \_\_\_\_\_ (inicial)  
(Para las notas de psicoterapia, se requiere un formulario separado).
- Solicito específicamente acceso a información relacionada con tratamiento del VIH / ETS y los resultados de las pruebas. \_\_\_\_\_ (inicial)

Fecha(s) de visita (especifique): \_\_\_\_\_

**¿Cómo quiero recibir la información (marque sólo una)?**

- Copia electrónica (por ejemplo, disco compacto, unidad USB) a través de:  Correo     Recoger
- Correo electrónico seguro (**sólo es posible si tiene menos de 50 páginas**)
- Copia en papel vía:  Correo     Recoger
- Revisión en persona

Para la recoger, me gustaría recoger en la siguiente ubicación:

Christiana Hospital     Wilmington Hospital     Union Hospital     Oficina del proveedor: \_\_\_\_\_ (especifique)

(Nota: Se requiere una identificación con foto emitida por el gobierno, como una licencia de conducir, al momento de recoger)

**Entiendo que se cobra una tarifa por las copias y el franqueo necesarios para divulgar los registros médicos, y las tarifas me han sido explicadas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ (Signature of Patient)      ( \_\_\_\_\_ )      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
# de teléfono/(Phone #)      Fecha/ (Date)

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

\_\_\_\_\_  
Firma de apoderado      Relación con el paciente      ( \_\_\_\_\_ )      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Signature of Legal Representative)      (Relationship to Patient)      # de teléfono      Fecha  
(Phone #)      (Date)

**Interpretation:** The information has been presented to the:  Patient     Representative     Decision Maker in: \_\_\_\_\_  
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.      Language

\_\_\_\_\_  
Interpreter Name      Agency and ID# (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Witness Signature/Title      Print Name or ID#      Date      Time



RAUTH

### REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION

#### Side 2 - For Christiana Care Use Only

**Instruction:**

Privacy Department 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: \_\_\_\_\_

Patient or Legal Representative notified on: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

If denied, second review completed by: \_\_\_\_\_ on: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Approved    Denied

Patient or Legal Representative notified of decision on: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

If access approved, access provided by: \_\_\_\_\_ on: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_