



SOLICITUD DEL PACIENTE PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN

Un paciente de FIGHT o un representante legal tiene derecho a acceder a la información médica protegida (“PHI”) del paciente, lo que incluye el derecho a revisar o copiar PHI del paciente o ambas.

En algunas circunstancias, como situaciones de más riesgo de daño o lesión, FIGHT puede denegar la solicitud del paciente de acceder a la PHI. FIGHT evaluará la solicitud de acceso del paciente una vez recibida y notificará al paciente la decisión de FIGHT en el plazo de treinta (30) días después de la recepción de la solicitud. Si FIGHT aprueba la solicitud del paciente, FIGHT entregará la PHI en treinta (30) días o en el plazo de sesenta (60) días si es necesaria una prórroga. FIGHT cobrará al paciente los siguientes costos relacionados con el cumplimiento de la solicitud: (1) trabajo por copiar PHI solicitada, ya sea impresa o en formato electrónico, según la ley de Pensilvania actual; (2) suministros para crear la copia impresa o los medios electrónicos; (3) franqueo, cuando el paciente solicite que FIGHT envíe por correo la información; y (4) preparación de una explicación o resumen de la PHI, si así lo acuerda la persona. Los costos se enviarán al paciente después de que FIGHT cumpla la solicitud.

Primer nombre y apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Quiere recibir una copia de su expediente médico (marque una opción)? SÍ NO

¿Quiere recibir una copia de su expediente de facturación completo (marque una opción)? SI NO

Si respondió NO, describa la información específica que está solicitando, incluyendo las fechas, las pruebas médicas específicas o cualquier otra indicación de la información específica que quiere: _____

Usted quiere (marque una opción):

Recibir una copia

Hacer una cita para leer la información solicitada

Si quiere recibir una copia de la información, ¿en qué formato la quiere (marque una opción)?

Copias impresas

Formulario electrónico. Especifique: _____

Instrucciones relacionadas con las copias:

Recogeré las copias

Enviar las copias por correo postal a _____

en la siguiente dirección: _____

Quién hizo la solicitud (marque una opción):

Solicitud por cuenta propia: paciente adulto o adolescente mayor de 13 años

Solicitud de tutor/padre/madre

Para: (Marque una opción):

Paciente pediátrico de 0 a 12 años

Paciente adolescente de 13 a 17 años

Nombre del tutor/padre/madre: _____

Fecha de nacimiento del tutor/padre/madre: _____

Solicitud de representante legal del paciente: complete abajo

Nombre del representante: _____

Fecha de nacimiento del representante: _____

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____

Firma del paciente o del representante legal del paciente
(Debe completar el formulario antes de firmarlo).

Fecha

SOLO PARA USO INTERNO DE FIGHT

Aprobada

Denegada -Si la solicitud fue denegada, el personal debe enviar este formulario de solicitud por correo electrónico al director de Privacidad de FIGHT a privacy@fight.org, en el plazo de veinte (20) días después de la solicitud, para revisión.