

## Solicitud de acceso a la PHI

Hanger Clinic reconoce su derecho en virtud de la HIPAA a acceder a copias de su información médica. Usted tiene derecho a obtener e inspeccionar copias de sus registros clínicos y/o de facturación.

### 1. Información del paciente (letra de imprenta)

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

### 2. ¿Qué registros necesita? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

Registros clínicos     Registros de facturación    Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ubicación de la clínica: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### 3. ¿De qué manera le gustaría recibir sus registros?

En papel:     Entrega por Correo     Recolección en persona

PDF por \*correo electrónico cifrado     PDF por \*\*correo electrónico no seguro     Riesgo reconocido (marque si solicita un correo electrónico no seguro)

\* A menos que se solicite lo contrario, los correos electrónicos se envían cifrados. Será necesario registrarse en nuestro sistema de cifrado.

\*\* Si elige recibir un correo electrónico no seguro, tenga en cuenta que hay riesgos al compartir información clínica fuera de un entorno de cifrado. Aunque haremos todo lo posible para limitar su información de identificación en el correo electrónico, debe reconocer ese riesgo.

### 4. ¿Dónde quiere que se envíe la información?

Proporcionar registros a:  Usted     Representante personal (solo persona privada, no comercial)

Nombre del destinatario:	Teléfono del destinatario:
Dirección postal del destinatario:	Correo electrónico del destinatario (si se solicita):

### 5. Escriba su nombre y firme a continuación:

<b>Nombre del paciente o representante personal (escriba en la casilla de</b>	<b>Relación (escriba en la casilla de arriba)</b>
<b>Firma del paciente o representante personal</b>	<b>Fecha</b>

### Para uso interno solamente:

<input type="checkbox"/> Solicitud de acceso a PHI aprobada	<input type="checkbox"/> Solicitud de acceso a PHI denegada
Motivo de denegación (si corresponde) _____	
Firma del representante de Hanger Clinic: _____ Fecha: ____/____/____	