



**SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE**

**Información del Paciente:**

Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Otro Nombre utilizado: _____	
Telefono # _____	Correo electronico: _____
Direccion: _____	
Apt/Unit #: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre del Representante legal (si no es el paciente): _____	
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro: (explicar) _____	

Presento esta solicitud en nombre de:

- Mí mismo/a
- Un paciente menor de edad, como padre, madre o tutor legal del menor
- Un paciente, como representante personal del paciente

Me gustaría:

- Recibir el archivo por un medio electrónico (si está disponible)    Portal para pacientes    CD    Memoria mini USB
- Recibir una copia en papel de la historia clínica solicitada.    Inspeccionar/Revisar la historia clínica (en persona)
- Recibir un resumen o explicación de la información médica    Otro: \_\_\_\_\_
- Proporcionar información de registros a: Nombre/Organización \_\_\_\_\_

Me gustaría que la información, el resumen o la explicación, memoria mini, CD se entregue mediante alguno de estos medios:

- Portal para pacientes
- En persona
- Correo regular a la dirección que aparece arriba O a: \_\_\_\_\_
- Fax # \_\_\_\_\_
- Divulgación verbal (especifique que información se incluye abajo)
- Correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Me gustaría obtener la siguiente información:

- Toda la historia clínica del periodo desde: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) A (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) O  **Todo**
- Toda la historia clínica sobre una afección, lesión o tratamiento específicos: \_\_\_\_\_
- Toda la historia clínica creada por un profesional de atención médica en particular: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo** que Florida International University (FIU) puede cobrarme por el costo real, promedio, o fijo de producir la información solicitada, que incluye, entre otros, franqueo, costo de la memoria mini, costo del CD y, si mi solicitud incluye un resumen o explicación, FIU puede cobrarme por el tiempo empleado para preparar el resumen de la explicación que solicité. El costo estimado es \_\_\_\_\_.

**Entiendo** que si marco la casilla “Inspeccionar/Revisar” de arriba, necesitaré programar una cita con mi proveedor de atención médica a fin de revisar la información especificada que se inspeccionará o divulgará.

**Entiendo** que esta solicitud para obtener o divulgar la información puede ser rechazada o que se puede aceptar la divulgación de algunas partes únicamente. Si se rechaza, puedo tener el derecho de enviar una solicitud por escrito al coordinador de privacidad para pedir que otro proveedor de atención médica designado por FIU revise la solicitud rechazada.

**Entiendo** que tengo derecho a presentar una queja por escrito sobre cualquier rechazo de acceso definitivo dentro de los 180 días después de recibir el rechazo, y debo enviarla a: Director of Compliance and Privacy for Health Affairs. 11200 S.W. 8<sup>th</sup> Street. Modesto A. Maidique Campus, AHCA4 216. Miami, FL 33199

Firma del Paciente O Representante Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

For FIU Entities USE ONLY	
Name and Title of FIU Workforce member who received the verbal/written access request: Patient ID #: _____	
Print Name _____	Title _____
Method the verbal access request was made: <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/> Other: _____	
Date verbal/written request received: _____	Date Access Granted: _____
Extension requested: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, give reason for extension request: _____	