

UNIVERSIDAD DEL ESTE DE CAROLINA
COMPONENTES DEL CUIDADO DE LA SALUD

**SOLICITUD DEL INDIVIDUO PARA ACCEDER A LA INFORMACION DE SALUD
PROTEGIDA**

AVISO PARA EL O LA PACIENTE: Su solicitud para acceder a su información protegida de la salud (PHI por sus siglas en inglés) **solamente** aplica a su información protegida de la salud en el registro designado que es mantenido por

(Escriba el Nombre del Componente del cuidado de la Salud de la ECU)

Si desea acceso a su Información Protegida de la Salud de un expediente designado mantenido por cualquier otro Componente del Cuidado de la Salud de La Universidad del Este de Carolina, tiene que hacer otra solicitud por separado en esa área.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Tengo el derecho de inspeccionar o solicitar copias de cualquier porción o la totalidad de mi expediente médico así como también a pedir una explicación resumida de los mismos. Entiendo que esta solicitud requerirá la recopilación de estos registros y que puedo solicitar una hora y lugar convenientes para llevar a cabo mi revisión de mi Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés). Solicito acceso y/o copias de la siguiente información:

Desde (fecha): _____ A (date): _____

Por favor indique el tipo de información a la cual quiere accesar/copiar

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología |

Copia Electrónica de la Información Protegida de la Salud de una serie de expedientes designados enviado como se solicitó (incluir información detallada): _____

Se contactó á el o la paciente para coordinar la revisión de la Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés) de una serie de expedientes designados (incluir información detallada):

Solicitud del paciente denegada y notificación enviada (por favor, utilice la Solicitud de Denegación del Individuo de ECU Para Acceso, Uso o Divulgación de la Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés): _____

Por: _____

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Título/Ubicación