

**Yale University School of Medicine**  
**Solicitud para acceso a PHI retenida en el expediente designado**  
**Request Access to PHI in the Designated Record Set**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEG. INICIAL NOMBRE DE SOLTERA O OTRO NOMBRE USADO

FECHA DE NAC: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ YNHH MRN: \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

TELEFONO DURANTE EL DIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO DURANTE LA TARDE: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA QUE INFORMACION FUE PEDIDA: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ TIPO DE ACCESO A LA INFORMACION PEDIDA:  INSPECCION  COPIA

INFORMACION QUE SERA DIVULGADA (por favor describa): \_\_\_\_\_

INFORMACION SERA DIVULGADA A:

Si mismo/a (paciente)

\_\_\_\_ Por Correo

\_\_\_\_ Recoger personalmente

contáctenme a: \_\_\_\_\_

Otro ((FAVOR DE ESPECIFICAR):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Por Correo \_\_\_\_ Recoger personalmente - contáctenme a: \_\_\_\_\_

Authorization Required?  Yes  No

Obtained?  Yes  No

Date Records Released: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Authorization Required?  Yes  No

Obtained?  Yes  No

Date Records Released: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Entiendo que recibiré una copia de esta solicitud y que será procesada dentro de treinta (30) días o seré informado/a de la necesidad para una extensión de no más de treinta (30) días adicionales para que mi solicitud sea procesada. Entiendo que si escogí arriba la caja marcada "INSPECCION" tendré que hacer una cita con mi proveedor/a del cuidado de salud para revisar SOLAMENTE la información que describí arriba.

Entiendo que si escogí arriba la caja marcada "COPIA", será mi responsabilidad de pagar una tarifa por el costo del copiado, envío por correo, u otras provisiones relacionados de acuerdo con las leyes del Estado de Connecticut, y que la información solicitada será enviada por correo a la dirección indicada arriba.

Entiendo que esta solicitud para divulgación de información puede ser rechazada o limitada a cierta información. Si este es el caso, yo tengo el derecho a pedir un reviso de esta decisión por otro licenciado proveedor profesional del cuidado de salud designado por Yale, sometiendo mi petición por escrito al siguiente oficial anotado.

Tengo el derecho de enviar por escrito una queja sobre el rechazo de esta petición de acceso dentro de 180 días de haber recibido el rechazo, a la siguiente dirección:

Oficial de Privacidad  
 Universidad de Yale  
 P.O. Box 208337  
 New Haven, CT 06520-8337

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

O \_\_\_\_\_  
 Padres/guardian legal/representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación al pacient