

**Yale University**  
**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: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_      YNH MRN: \_\_\_\_\_  
*MES*   *DIA*   *AÑO*

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

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

FECHA QUE INFORMACION FUE PEDIDA: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

TIPO DE ACCESO A LA INFORMACION PEDIDA:    INSPECCION    COPIA    COPIA ELECTRONICA

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

INFORMACION SERA DIVULGADA A:

Si mismo/a (paciente)       Otro ((FAVOR DE ESPECIFICAR):  
\_\_\_ Por Correo      Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Recoger personalmente      Dirección: \_\_\_\_\_  
contáctenme a: \_\_\_\_\_      Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Por Correo      \_\_\_ Recoger personalmente - contáctenme a: \_\_\_\_\_

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. 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 208252  
New Haven, CT 06520-8252

O usted puede enviar una queja por escrito a la Oficina del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos de civiles de derecha. Póngase en contacto con nuestra oficina de privacidad al 203-432-5919 para obtener esta dirección.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente      OR      Fecha      Padres/guardian legal/representante personal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al pacient