Yale University School of Medicine
Solicitación 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 ☐ COPIA ELECTRONICA

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: _____-_____-_____

Entiendo que recibiré una copia de esta solicitación 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 solicitación 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:

Oficial de privacidad del adjunto de Medicina de Yale
300 George Street, 6th Floor
P.O. Box 7309
New Haven, CT 06519-0309

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.

_____ _____ OR _____ _____
Firma del Paciente Fech Padres/guardian legal/representante personal Fecha

_____
Relación al pacient

Form: YSM HIP03-sp
Revised: 09/19/2012