



**Solicitud de acceso
a información de salud**

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals usará este formulario para documentar su solicitud de acceso a su información de salud.

Acceso solicitado: Copias Inspección en el lugar

Formato solicitado: Papel CD Correo electrónico Otro: _____

Método de divulgación:

Recogerlo/en persona Correo electrónico a: _____

Correo postal a: _____

SE DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA TODAS LAS SOLICITUDES

Información a la que se accederá:

Información de salud (fecha[s]) _____ Informes radiológicos (fecha[s]) _____

Resultados de análisis de laboratorio (fecha[s]) _____ Notas de evolución (fecha[s]) _____

Registros de facturación (fecha[s]): _____ Mi registro médico completo

Otra (especifique): _____

No se publicará la siguiente información a menos que usted seleccione específicamente cada tipo que corresponda a continuación:

Información de trastorno por consumo de sustancias

Información de salud mental

Información de pruebas genéticas

Información relacionada con el VIH

Comprendo que tengo el derecho de acceder a mi información de salud en la forma y el formato solicitado si es fácil de producir en tal forma y formato, y si NYC Health + Hospitals no pueden producir tal información de manera oportuna en la forma y el formato solicitados, recibiré una copia legible en papel o cualquier otra forma y formato de común acuerdo.

Comprendo que si solicito una copia electrónica de mi información de salud, la recibiré si es fácil de producir en tal forma y formato. De lo contrario, la recibiré en una forma y un formato electrónicos legibles de común acuerdo.

Comprendo que si solicito una inspección de mi información de salud en el lugar, el Departamento de Gestión de la Información de Salud correspondiente es responsable de coordinar tal inspección de manera razonable y oportuna.

Comprendo que si solicito copias de mi información de salud, es posible que por tal solicitud me cobren una tarifa razonable basada en el costo y que recibiré las estimaciones de las tarifas antes de que me las cobren. También comprendo que mi incapacidad de pago no podrá usarse como única razón para denegar una solicitud de acceso a mi información de salud.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL:

FECHA/HORA:

SI NO ES EL PACIENTE, NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE PERSONAL:

RELACIÓN/AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____



Request for Access to Health Information

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.

Access Requested: Copies Onsite Inspection

Format Requested: Paper CD Email Other: _____

Method of Release:

Pickup/In Person E-mail to: _____

Mail to: _____

INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS

Information to be Accessed:

Health Information (date(s)) _____ Radiology Reports (date(s)) _____

Laboratory Test Results (date(s)) _____ Progress Notes (date(s)) _____

Billing Records (date(s)): _____ My complete medical record

Other (please specify): _____

The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:

Substance Use Disorder Information Mental Health Information

Genetic Testing Information HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

DATE/TIME: _____

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: _____

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____