

**Solicitud de acceso a información de salud protegida**

Divulgación de información

Teléfono: 303-404-4700

Fax: 303-404-4750

Los pacientes deben presentar una solicitud por escrito para obtener copias o ver su propia información de salud protegida. Este formulario también puede usarse en el caso de que un padre o tutor soliciten el acceso a los registros de un menor.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de registro médico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Solicito:**  Ver o inspeccionar los registros del paciente**- O BIEN -**

Obtener copias de los registros del paciente en el siguiente formato:

 Copias impresas  Copias electrónicas en CD (se aplica únicamente a los registros que Kaiser Permanente conserva en un registro médico electrónico)**El tipo y la cantidad de información que se verán o divulgarán son los siguientes (especificar fechas):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones  | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio: ____/____/____ al ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Últimos ____ (años) de registro                             | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías: ____/____/____ al ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo                                    | <input type="checkbox"/> Análisis genéticos: ____/____/____ al ____/____/____        |
| <input type="checkbox"/> Información sobre VIH/SIDA ____/____/____ al ____/____/____ |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____                                  |  |

Firma del paciente o del representante personal autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y relación del representante personal (*adjuntar la documentación legal de autorización que corresponda*)**Para uso exclusivo de la oficina de Kaiser Permanente:** Verificación de la identificación con foto

Número de identificación y Estado \_\_\_\_\_ Verificado por: \_\_\_\_\_