

Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

Nombre del paciente (en letra de molde)	Número de teléfono	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente		Núm. de expediente médico

INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA: Si solo son fechas específicas, indique las fechas: _____

Información solicitada (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todo el expediente médico | <input type="checkbox"/> Historia clínica de la sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica del centro de cuidados urgentes | <input type="checkbox"/> Entrevista y exploración clínica |
| <input type="checkbox"/> Historia quirúrgica/de procedimientos | <input type="checkbox"/> Órdenes de los proveedores |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta | <input type="checkbox"/> Consultas médicas |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia clínica (paciente hospitalizado) |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Radiografías o CD | <input type="checkbox"/> Historia clínica de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica (paciente ambulatorio) | |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa en detalle): _____ | |

Persona o entidad que usted desea que reciba la información

Nombre: _____
 Dirección: _____

 Número de teléfono: _____
 Número de fax (si procede): _____

Indique si desea autorizar la divulgación de información médica delicada: Salud mental/Tratamiento psiquiátrico Pruebas genéticas
 Tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción Tratamientos o pruebas de enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA

Formato solicitado / Modo de entrega

- Enviar por correo postal a la dirección antes mencionada
 Revisar o recoger registros impresos en el Departamento de gestión de información médica (Health Information Management-HIM)
 Divulgación verbal a la persona antes mencionada
 Enviar por fax al número antes mencionado (a proveedores solamente; no fax personal)
 Otro: (describa) _____

Tarifas: Es posible que se cobre una tarifa moderada basada en los costos de hacer copias de la información solicitada. Los pacientes pueden pedir del HIM un estimado de la tarifa de antemano.

- Recibir por correo electrónico (marque uno y escriba la dirección)
 No seguro/ni cifrado* Seguro/cifrado (puede que haya limitaciones de tamaño). Correo electrónico: _____

*La comunicación por correo electrónico no cifrado conlleva el riesgo de que la información personal identificable, contenida en el mensaje, pueda ser interceptada por terceras partes no autorizadas.
 Divulgar en formato electrónico por el portal de My UNC Chart. (El acceso está disponible por 30 días. Se puede imprimir y grabar una copia para su uso personal.) **Esta opción está disponible solo para los registros creados en Epic.

Si no tiene una cuenta de My UNC Chart, regístrese aquí:
<https://myuncchart.org/mychart/>

Caducidad: A menos que se revoque antes, esta autorización caducará en la fecha o por el evento o condición siguiente: (Especifique la fecha, el evento o condición) _____. Si no especifico una fecha de caducidad, un evento o una condición, esta autorización caducará **un (1) año** después de la fecha de la firma.

Firma del paciente	Fecha	Hora
O firma del representante autorizado	Fecha	Hora
Nombre del representante autorizado en letra de molde	Número de teléfono del representante autorizado	
Explique la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:		



Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

Envíe la Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida completada por fax o correo postal a la entidad mencionada a continuación (Si se solicitan radiografías solamente, envíe la solicitud al departamento de radiología de la entidad pertinente):	
<u>Para:</u>	<u>Enviar a:</u>
UNC Hospitals	UNC Health Information Management Attn: Release of Information 500 Eastowne Drive, Chapel Hill, NC 27514 (fax) 984-974-0471; (teléfono) 984-974-3226 Correo electrónico: relmedinfo@unchealth.unc.edu
UNC Hospitals Radiology Department	(fax) 984-974-8814; (teléfono) 984-974-9362 Correo electrónico: FILMmail@unchealth.unc.edu
Rex Healthcare / Rex Hospital	Rex Health Information Management Attn: Release of Information 4420 Lake Boone Trl, Raleigh, NC 27607 1st Floor, Main Hospital (fax) 919-784-3343; (teléfono) 919-784-3158
Rex Healthcare / Rex Hospital Radiology Department	(fax) 919-784-3497; (teléfono) 919-784-3023
Caldwell Memorial Hospital	Caldwell Health Information Management Attn: Release of Information 321 Mulberry St SW, Lenoir, NC 28645 (fax) 828-757-5169 (teléfono) 828-757-5100
Caldwell Memorial Hospital Radiology Department	(fax) 828-757-5206; (teléfono) 828-757-5204
Chatham Hospital	Chatham Hospital Health Information Management Attn: Release of Information 475 Progress Blvd. Siler City, NC 27344 (fax) 919-799-4801; (teléfono) 919-799-4804
Chatham Hospital Radiology Department	(fax) 919-799-4601; (teléfono) 919-799-4600
UNC Physicians Network	Entregue directamente en la clínica de UNC Physicians Network
Johnston Health	Johnston Health, Attn: Health Information Management – Release of Information, PO Box 1376, Smithfield, NC 27577; (fax) 919-934-9266; (teléfono) 919-938-7705
Margaret R. Pardee Memorial Hospital	Pardee, ATTN: HIM – Release of Information, 800 North Justice Street, Hendersonville, NC 28791 (fax) 828-696-1097; (teléfono) 828-696-1094
Nash Healthcare System / Nash Hospitals	Nash UNC Health Care, 2460 Curtis Ellis Drive, Health Information Management, Rocky Mount, NC 27804 (fax) 252-962-8291; (teléfono) 252-962-8130
Lenoir Memorial Hospital	UNC Lenoir Health Care, ATTN: Health Information Services-ROI 100 Airport Rd, PO Box 1678, Kinston, NC 28503-1678 (fax) 252-522-7099; (teléfono) 252-522-7185
Wayne UNC Health Care	Wayne UNC Health Care, Health Information Management 2700 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27534 (fax) 919-587-2975; (teléfono) 919-731-6117
UNC Rockingham Health Care / Rockingham Hospital	UNC Rockingham Health Care, ATTN: Health Information Management Department 117 E Kings Hwy, Eden, NC 27288 (fax) 336-623-6902; (teléfono) 336-627-6194

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 11/07/19

